

**‘UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde Progresso,  
Rosário do Sul –RS**

**Ana Laura Silva Perez**

**Pelotas, 2015**

**Ana Laura Silva Perez**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde Progresso,  
Rosário do Sul – RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Christiane Luiza Santos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

P438m Perez, Ana Laura Silva

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade de Saúde Progresso, Rosário do Sul – RS / Ana Laura Silva Perez; Christiane Luiza Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso  
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Santos, Christiane Luiza,  
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A minha filha e pai.

## **Agradecimentos**

A minha filha Julia por sua paciência e compreensão que colaborou pacientemente com sua mãe na realização do projeto.

## Resumo

SILVA PEREZ Ana Laura. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde Progresso, Rosário do Sul – RS.** 2015. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A população de idosos no Brasil está aumentando de forma considerável e se espera para o ano 2050 ter uma população envelhecida. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Este trabalho foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde de Progresso no Município de Rosário do Sul – RS e teve com objetivo geral a qualificação da atenção ofertada para este público alvo. Para isto se desenvolveu ações dentro de quatro eixos pedagógicos: avaliação e monitoramento, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. E então se realizou uma avaliação global das pessoas idosas que incluiu avaliação multidisciplinar, avaliação nutricional, visual, auditiva, odontológica, vacinal, avaliação cognitiva e do suporte familiar. Além disso, ações de qualificação dos registros e de promoção de saúde também foram ofertadas. Ao final da intervenção foram cadastrados 88 idosos representando um total de 15% de cobertura. Além disso, 97% dos idosos tiveram seus registros atualizados, e sendo que buscas ativas também foram realizadas para aumentar a adesão dos usuários. Ao término da intervenção a comunidade ficou muito agradecida pelo trabalho desenvolvido pela equipe e referiram que as reuniões de grupo foram muito proveitosas. Mencionaram que conseguiram obter orientações interessantes para melhorar aspectos sua saúde e a colocação de um dia de atendimento prioritário para os pacientes idosos com prévio agendamento foi muito boa para que estas pessoas, pois não precisam ficar esperando na fila. O projeto vai continuar seu andamento para melhorar a saúde da população idosa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde da família, Saúde do Idoso.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Nova Rosário –RS.	59
Figura 2	Gráfico de proporção de idosos com avaliação multidisciplinar rápida em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Nova Rosário –RS.	59
Figura 3	Gráfico de proporção de idosos com exame clínico em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Novo Rosário –RS.	60
Figura 4	Gráfico de proporção de idosos hipertensos ou diabéticos com solicitação de exames complementar em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	61
Figura 5	Gráfico de proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	62
Figura 6	Gráfico de proporção de idosos acamados o com problemas de locomoção com visita domiciliar na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	62
Figura 7	Gráfico de proporção de idosos acamados o com problemas de locomoção com visita domiciliar na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	63
Figura 8	Gráfico de proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	64
Figura 9	Gráfico de proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	65
Figura 10	Gráfico de proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	65
Figura 11	Gráfico de proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	66
Figura 12	Gráfico de proporção de idosos faltosos que receberam busca ativa na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	67
Figura 13	Gráfico de proporção de idosos com registro da ficha espelho em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	67
Figura 14	Gráfico de proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	68
Figura 15	Gráfico de proporção de idosos com avaliação de risco de morbimortalidade em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	69
Figura 16	Gráfico de proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.	69
Figura 17	Gráfico de proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário-RS	70
Figura 18	Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na Unidade de Saúde Bairro	71

	Progresso, Rosário-RS	
Figura 19	Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário-RS	72
Figura 20	Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário-RS	73



### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVD	Atividades da vida diária
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial
HGT	Hemoglicoteste
Hiperdia	Hipertensão e diabetes
PAS	Pressão arterial sistêmica
NASF	Núcleo de apoio a Saúde Da Família
SIAB	Sistema informação de atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
CAP	Caderno de ações programáticas
PSE	Programa de saúde na escola
UFEPEL	Universidade Federal de Pelotas
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
UTI	Unidade de tratamento intensivo

## Sumário

Apresentação .....	9
1Análise Situacional .....	10
1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	18
2.Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2Objetivos e metas .....	21
2.2.1 Objetivo geral .....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	21
2.3 Metodologia .....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2Indicadores.....	42
2.3.3Logística.....	47
2.3.4Cronograma .....	52
3 Relatório da Intervenção .....	54
3.1Ações previstas e desenvolvidas .....	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	55
3.3Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	56
3.4. Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	56
4.Avaliação da intervenção .....	57
4.1 Resultados .....	57
4.2 Discussão .....	72
4.3. Relatório da intervenção para gestores .....	74
Referências .....	80
Anexos .....	83

## **Apresentação**

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde.

Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção será descrito o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção será descrito o Relatório dos Resultados da Intervenção que avaliará se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população.

Por último será descrita a Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Sou médica uruguaia que estou trabalhando em Rosário do Sul no estado do Rio Grande do Sul através do Programa Mais Médicos. Minha ESF tem 10 anos de funcionamento e sua estrutura foi reformada há dois anos. Conta com uma sala de acolhimento, sala de vacina, sala de procedimentos de enfermagem, consultório odontológico, consultório médico, consultório de enfermagem, uma sala de copas e um banheiro. Toda a estrutura física está em ótimas condições.

A unidade está localizada na periferia da cidade. Temos uma população de 3500 pessoas. Minha equipe está formada por uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de odontologia, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, sete agentes de saúde, um auxiliar administrativo e uma auxiliar de serviço. Em relação a nossa equipe, o funcionamento é muito bom, nossa equipe tem um bom relacionamento e os objetivos de trabalho são compreendidos por todos. Eu me senti muito acolhida pela equipe. Fazemos consultas programadas de um dia pra outro como também as consultas de demanda espontânea. As visitas domiciliares são feitas uma vez na semana marcada pelos agentes de saúde.

Realizamos grupos de HAS, DM, gestantes e de autoestima. Fazemos também atividades físicas programadas duas vezes na semana. Em nossa ESF não se atende crianças menores de dois anos, também não se atendem grávidas, pois o município tem centralizado este atendimento com os especialistas correspondentes. Além disso, fazemos acompanhamento de todas as nossas gestantes mais o controle do pré-natal é feita pelo ginecologista, nossa população esta acostumada e é difícil voltarem a fazer somente na unidade. As consultas de puericultura são feitas pelos especialistas, eu faço atendimentos das crianças doentes, também fazemos atividade de prevenção de saúde na escola.

Neste município temos um hospital de referência - o Hospital da Caridade. O hospital tem leitos de internação para adultos e crianças, conta com um pronto atendimento que funcionam 24 horas, só com um médico de plantão. Também tem o serviço prestado pelo SAMU. Contamos com uma farmácia localizada no posto central, não temos farmácia em cada ESF porque não se tem farmacêutico químico. Então os pacientes fazem a consulta conosco na unidade e após pegam a medicação no posto central que fica longe de onde é feito o atendimento. Os exames laboratoriais são feitos em um laboratório particular contratado pela Prefeitura.

## **1.2. Relatório da Análise Situacional**

A Unidade Básica de Saúde onde estou trabalhando está localizada no Município de Rosário do Sul no Estado do Rio Grande do Sul. Sou Médica Uruguaia e nesta Região do Brasil os costumes e a cultura são muito similares ao meu país de origem e, portanto consegui me adaptar muito bem no desempenho de minhas funções.

O Município de Rosário do Sul tem como principal fonte de renda a agropecuária. Com uma população de 38.000 habitantes (dados do último censo populacional (BRASIL, 2010). Possui três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e duas Unidades Básicas de Saúde Tradicional (UBS), e faz apenas um mês que nosso município conta com um Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) com escasso número de profissionais (só tem uma assistente social e um psicólogo).

Em relação aos especialistas as consultas com estes, ainda são, um problema para resolvido. Os pacientes devem esperar muito tempo pra realizar a consulta e se deslocam para lugares muito distantes, para consultarem com alguns especialistas. Na cidade tem Pediatra, Ginecologista que se encontram

centralizados no núcleo de apoio à saúde (NASF) e há ainda um Centro Oftalmológico que é referência regional.

Contamos com um Centro de Atenção Psico Social (CAPS) e uma Clínica de Nefrologia onde se realiza Hemodiálise. O Hospital privado da cidade conta com 40 leitos destinados para o SUS e possui apenas um Médico Plantonista. Está bem equipado com uma UTI (somente para adultos). Os encaminhamentos de pacientes para o Hospital, sempre foram bem sucedidos, sem dificuldade alguma, todo o processo se dá em 100%. O problema é quando o paciente sai do Hospital sem o diagnóstico e sem os exames complementares, porque estes ficam no prontuário do Hospital.

Nesse aspecto os gastos financeiros são em excesso, tendo que repetir todos os exames complementares novamente. Em relação a estes, o Município tem convênio com Laboratórios particulares, porque não possui Laboratório próprio.

A Unidade Básica de Saúde de Progresso fica localizada na periferia da cidade, em uma área urbana, tem cadastradas 2.484 pessoas. A Secretaria de Saúde fornece os recursos, materiais e os profissionais, a Unidade não possui vínculo com Instituições de Ensino. Somente trabalha uma Equipe de Saúde da Família, formada por um Cirurgião Dentista, um Assistente Odontológico, sete Agentes de Saúde, um Enfermeiro, um Técnico em Enfermagem e um Médico.

Há dois anos foi feita uma estrutura física nova, localizada em um lugar mais periférico da área de adstringência tornando difícil o acesso dos pacientes, pois a nova unidade ficou mais longe. As condições da pavimentação das ruas são precárias, assim como também o acesso na Unidade de Saúde, porque na parte da frente tem cascalho e quando chove há dificuldade para o acesso. A estrutura do prédio tem boas condições, com pisos de cerâmica e boa iluminação, mas existem algumas coisas que precisam ser melhoradas, não há sala exclusiva para esterilização de materiais. Está tudo unificado num mesmo ambiente, a sala de curativos, nebulização e esterilização.

Só temos um consultório médico, um banheiro dos pacientes e outro dos funcionários. Temos consultório odontológico e também tem sala de enfermagem. A sala de recepção tem cadeiras para 12 pessoas é limpa e iluminada e conta com ar condicionado. Não tem farmácia na unidade, pois está situada na secretaria de saúde.

Os agentes comunitários não possuem sala para desenvolver seu trabalho, ou mesmo para reuniões. O consultório médico, a sala de vacinas, o Consultório Odontológico, a sala de Enfermagem, estão em boas condições. Para melhorar as deficiências da Unidade, deveria ser ampliada a estrutura do prédio e melhorar a parte da frente para facilitar o ingresso, principalmente para os idosos e também as cadeiras de roda. Não possui rampa de ingresso, tem banheiro pra portadores de necessidades especiais.

Pensando nas dificuldades de acesso para as pessoas com deficiência e os idosos a equipe aumentou o número de visitas domiciliares.

Em relação às atribuições dos profissionais, nossa equipe realiza atividades na escola em que está vinculada ao CAP onde fazemos medidas Antropométricas, Revisão Bucal e de Acuidade Visual, identificando crianças com as respectivas alterações, sendo as mesmas encaminhadas para a Unidade Básica de Saúde. Na Associação de Moradores, que fica há alguns quarteirões da Unidade de Saúde, uma vez ao mês é realizada a reunião dos hipertensos e diabéticos de nossa Área de atendimento, mediante HGT, aferimento da PAS e sempre se faz uma palestra, com um tema orientado aos pacientes que possuem essas patologias, nessas atividades participam toda a equipe.

Os atendimentos das urgências são feitos, tanto pelo Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Médico. Mas, quando acontece uma situação de emergência, o Médico atua com a cooperação do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, se for necessários os Agentes de Saúde e Cirurgião Dentista também cooperam. As pequenas cirurgias são feitas pelo Médico e Cirurgião Dentista com cooperação do Auxiliar de Saúde Bucal, Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem.

A maior parte dos procedimentos é realizada pelo técnico de Enfermagem e Enfermeiro como curativos, vacinas, etc. As visitas domiciliares são realizadas de acordo com as necessidades dos usuários e participam delas tanto o Enfermeiro, como o Auxiliar de Enfermagem, os Agentes de Saúde e o Médico. A busca ativa dos usuários faltosos é executada por toda a equipe, incluindo o auxiliar administrativo.

A população registrada em nossa Unidade Básica de Saúde é de 2848 habitantes, sendo que o maior número é de mulheres, em relação à distribuição por idade, a maioria pertence à faixa etária de 10 a 49 anos. A população adstrita na UBS está dentro das recomendações pelo Ministério de Saúde.

A demanda espontânea é muito grande, e muitas vezes superam a capacidade, então se trabalha fazendo um acolhimento a todos os pacientes, que procuram atendimento e se necessitarem atendimento no mesmo dia se realiza o encaixe. Mas, se o paciente pode esperar se agenda o atendimento para o outro dia.

A equipe avalia o risco e determina se o atendimento vai ser feito no momento ou pode esperar para outro dia, então será agendada a consulta para outra data. A demanda espontânea tem o benefício que, cada vez que alguém de nossa população precisa ser assistida tem um local de saúde perto de sua casa, o que facilita o acesso ao atendimento em forma mais rápida e sem ter que ir muito longe e nem gastar dinheiro em transporte.

Com respeito ao atendimento das crianças na unidade, não são realizadas consultas de Puericultura porque o município tem centralizado o atendimento das crianças de zero a dois anos que são feitas pelos pediatras em uma UBS onde se encontram centralizadas as especialidades de pediatria e de ginecologia. Na nossa UBS se realizam consultas de crianças doentes maiores de dois anos, mas de um tempo para cá, se está implementando uma estratégia para fazer um acompanhamento da saúde das crianças de 0 a 14 anos.

Como foram citadas anteriormente, as consultas de Puericultura até os dois anos são feitas periodicamente pelos Pediatras, mas a equipe da Unidade considerou necessário ter esses dados, porque é nossa responsabilidade saber o que acontece com essas crianças e que se está realizando as consultas de acordo com as diretrizes do Ministério de Saúde. Na unidade de saúde se realizam as consultas de Puericultura nas crianças acima de dois anos. Fazemos atividades educativas para os pais na Creche, orientando no acompanhamento o desenvolvimento dos seus filhos. Então, a equipe fez um levantamento do número de crianças que estão com as vacinas em dia e realizamos a pesagem, para após iniciar estratégias orientadas na melhora da alimentação e vacinar as crianças que tivessem em atraso. Mas ainda há dificuldades em relação aos registros, pois não se tem todos dados certos das crianças até 24 meses após de essa idade não se tem registro. O atendimento de crianças só ocorre quando apresentam um quadro agudo quando estão doentes. Havia uma estimativa de 34 crianças pelo CAP o que foi confirmado pelo levantamento realizado, mas como foram mencionadas anteriormente as ações de puericultura são realizadas em outra unidade o que dificulta a averiguação das demais informações.



Na unidade de saúde não se faz Pré-natal ele é realizado na Unidade Central. Na área de abrangência têm um número de onze gestantes no momento atual, apesar da estimativa do CAP ser 42 gestantes. Toda a área adstrita está cadastrada então se tem 100 % de cobertura em relação às gestantes. Destas 11 gestantes, 100% das grávidas iniciaram as consultas do Pré-natal no primeiro trimestre da gestação, seguem o protocolo do Ministério de Saúde, têm solicitados os exames complementares, com as vacina antitetânica e da hepatite B em dia, além disso, as onze mulheres assim como mulheres receberam avaliação ginecológica e também as onze tiveram orientações sobre o aleitamento. A qualidade de atenção que recebem é de boa qualidade.

No meu parecer, penso que seria melhor, que se fizesse o acompanhamento do Pré-natal na UBS porque isso facilitaria o acesso das usuárias, estando mais próximas de suas residências. Além disso, nos inteiramos mais dos problemas de saúde de elas como de sua família. Mas infelizmente, a população está acostumada que o Pré-natal seja feito pelo Ginecologista.

Na UBS se realiza uma vez por mês o grupo de Gestantes, onde se realizam orientações dos procedimentos efetuados durante a Gestação, se explica às mães sobre a importância do Pré-natal e também se orienta sobre todos os cuidados realizados com o Neonato, nestas reuniões participam toda a equipe. Apesar de não ser feito o Pré-natal, as gestantes sempre são acompanhadas e se têm algum problema de saúde agudo passam por consulta médica. Elas realizam as consultas do pré-natal com o ginecologista, mas as agentes de saúde verificam todos os meses mediante acompanhamento domiciliar se tudo está bem, se alguma coisa estiver errada se realiza visita domiciliar com o médico da unidade.

Em relação ao puerpério a estimativa do CAP mostrava 34 puérperas, mas temos somente 21 cadastradas, o que representa a realidade da área. Dentre as ações realizadas com as puérperas destacam – se orientações sobre importância do aleitamento materno

Na Unidade são desenvolvidas atividades dirigidas à Prevenção de Câncer de Colo e Mama mediante a solicitação de Mamografia e realização de Colpocitologia Oncológica, trabalho este que é compartilhado com a Liga de Combate ao Câncer, uma instituição que funciona em Rosário. Em decorrência desta parceria com esta instituição as mulheres têm a possibilidade de escolher fazer o preventivo na Liga ou na USF. Se optarem por fazer na UBS a colpocitologia

oncológica é feito pelo enfermeiro e a mamografia é solicitada pelo médico. Os resultados dos exames são enviados ao local onde foi feito o exame. Uma vez ao ano, no mês de outubro é realizada uma campanha, incentivando as mulheres para a importância da realização de Citopatologia e Mamografia, estendendo os horários de atenção para que maiores números de mulheres consigam fazer seus controles. Os dados das mulheres com mamografia e preventivo em dia estão na secretaria de saúde. Como o trabalho é compartilhado, eu não tenho os dados certos e o número de mulheres com os exames Citopatológico e Mamografias estejam em dia. Mas sempre se comunica às mulheres em suas consultas, de que devem fazer esses exames periodicamente.

O CAP estimou 783 mulheres na faixa de 25 a 64 anos e 295 mulheres entre 50 a 59 anos, mas como mencionado anteriormente, não havia com saber da realidade da nossa unidade, pois os dados são centralizados e compartilhados. Tenho pensado que no próximo ano, junto à equipe desta Unidade seja necessário planejar novas estratégias, para criarmos um registro documentado das mulheres entre 25 e 64 anos. Assim como do Citopatológico e da Mamografia das mulheres de 50 a 59 anos, para termos dados certos da saúde de nossa população.

Na UBS a maior parte dos usuários que consultam com patologia crônica é Hipertenso ou Diabético ou tem as duas doenças ao mesmo tempo. Estes usuários têm um acompanhamento de seis em seis meses, mediante a marcação de consulta programada, muitas vezes são reticentes para irem consultar referindo estarem se sentindo bem.

Temos aproximadamente 346 hipertensos cadastrados o que corresponde a 54 % (637) da estimativa do CAP. Destes 30% tem realizada avaliação de risco cardiovascular, 87 % tem exames complementares em dia, todos eles são orientados sobre hábitos de vida saudável, mas não temos dados do atraso em mais de sete dias na consulta e também não sobre a avaliação em dia da saúde bucal de esta população específica. Não contamos com os dados dos diabéticos, havia uma estimativa de 182 diabéticos na área, mas há um registro de somente 83 (46% da estimativa), mas os demais dados não foram possíveis de compilar. Uma vez por mês realizamos um grupo de orientação para os diabéticos e hipertensos para educação e conhecimento das doenças. Quanto às atividades do grupo dos hipertensos e diabéticos damos orientação, Educação e Conhecimento das doenças. O grupo se realiza uma vez no mês na comunidade.

Na UBS os usuários são avaliados questionando sobre fatores de Risco como: IMC alterado, histórico familiar de DMII e doença Cardiovascular, Obesidade Central, Dislipidemias, Sedentarismo, doença de Ovário Policístico, Diabetes Gestacional. Estas questões servem para a detecção precoce das doenças e evitar o desenvolvimento de HAS e DM. Em relação ao registro do número de usuários com HAS e diabetes que consultam na unidade temos os dados de todos os que consultam no mês, não se tem um registro na unidade, só temos a caderneta do hipertenso e do diabético onde se marca a próxima consulta, pelo que, mas não se realiza registro dos pacientes faltosos. As consultas são programadas a cada seis meses para os idosos que se encontram com a doença controlada e para aqueles que não o seguimento é feito mensalmente.

Para os usuários idosos ainda não está estruturado nenhum cronograma de atendimento, mas prosseguimos realizando boa atenção à demanda espontânea. São agendadas ainda cinco Consultas Domiciliares por semana para os idosos, de acordo com a prioridade. Atendem-se aproximadamente de 150 pessoas maiores 60 anos no mês. Não se conta com dados certos do número de idosos que são assistidos na unidade o único dado que temos é que a população de pessoas idosas na área é de aproximadamente 600 idosos, porém o CAP previa um número total de 389 idosos, o que representa que a nossa realidade é muito maior que a estimada.

Em relação aos desafios que temos na Unidade Básica de Saúde, procuraremos realizar uma melhor programação e fazer uma agenda mais organizada. Parece uma tarefa difícil, mas não é impossível de se alcançar, apesar da grande quantidade de consultas por demanda espontânea.

Um assunto muito positivo da minha unidade é à disposição de todo o pessoal para trabalhar e a força de vontade de todos para tentar melhorar a qualidade de Saúde dos usuários desta Unidade.

Em relação ao caderno de ações programáticas encontrei dificuldades para o preenchimento e vi que ainda falta muito por fazer pela Saúde da população e que é muito importante ter um registro constando dados pessoais dos usuários atendidos, para assim conseguir planejar estratégias de saúde.

### **1.3. Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

A minha perspectiva mudou muito, desde o início do meu trabalho na Unidade Básica de Saúde até o momento atual. Quando cheguei do Uruguai, possuía uma idéia de Medicina, muito diferente desta aqui executada.

Exercia uma medicina mais assistencialista, baseada na atenção ao usuário doente e não orientada na prevenção das doenças, com a realização do Curso de Medicina Familiar, obtive muitas ferramentas que contribuíram muito em minha prática diária. Gostei muito do trabalho exercido pelos Agentes de Saúde, porque através deles obtemos muitos dados relevantes para o acompanhamento de nossos usuários. No meu país, não existe Agentes de Saúde no trabalho.

Agora sinto esta necessidade (o agente de saúde) como fator importante para um melhor conhecimento e integração do Sistema Unificado de Saúde com a população assistida, dando a oportunidade de sentir uma visão do todo e assim analisar as condições de vida de cada usuário, assim como suas necessidades prementes. O Agente de Saúde nos ajuda a ampliar a visão e podemos assim compreender melhor o que passa com nossos usuários e nos sentirmos mais próximos do seu ambiente familiar e assim trabalharmos, erguendo esta bandeira: PREVENIR É MELHOR QUE TRATAR!

Muito obrigada, pela oportunidade de crescer, sendo útil para a comunidade.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A população de idosos no Brasil está aumentando de forma considerável e se espera para o ano 2050 ter uma população envelhecida. Então é de responsabilidade de toda a equipe de saúde criar estratégias pra manter a autonomia, a inclusão social e fazer prevenção primária e secundária das doenças que aparecem com a idade. Esta faixa etária é uma das mais vulneráveis e necessita de uma atenção diferenciada. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita. (BRASIL, 2006).

A pessoa idosa tem que ser avaliada no funcional de acordo com a recomendação do Ministério de Saúde. A avaliação funcional busca verificar de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho de forma autônoma e independente das atividades cotidianas ou atividades da vida diária (AVD) das pessoas idosas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado, para manter a independência pelo maior tempo possível.

A ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família. (BRASIL, 2006)

A unidade é uma estratégia nova, no que respeita a estrutura física. A qual conta com dois consultórios: um médico e outro odontológico, uma sala de enfermagem, uma sala de curativos, sala de vacinas, recepção, sala de acolhimento. Conta ainda com dois banheiros e uma sala de copas, não tem sala de reuniões, nem sala pra os agentes. Só tem uma equipe de saúde da família constituída por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontologista, auxiliar de odontologista, sete agentes de saúde, um auxiliar administrativo e um auxiliar de limpeza.

A população alvo das ações programáticas serão homens e mulher com mais de 60 anos que vivem na área de adstringência e se atendem na UBS. A estimativa do caderno de ações programáticas é de 389 idosos, mas a nossa realidade é de aproximadamente 600 idosos cadastrados pelos agentes de saúde, mas nem todos fazem uso da unidade de saúde, porque eles têm seu médico particular.

A adesão da população é muito boa, o fator limitante é o grande número de consultas que dificulta a realização de uma consulta mais completa de modo que se realize uma avaliação global da pessoa idosa que inclui avaliação nutricional, visual, auditiva, da continência dos esfíncteres, da sexualidade, das vacinas, avaliação cognitiva, do suporte familiar.

Em relação aos indicadores de qualidade o número de idosos com caderneta, avaliação multidimensional rápida, acompanhamento em dia, avaliação de risco para morbimortalidade, indicadores de fragilização da velhice, avaliação bucal e orientação de hábitos alimentares saudáveis não se tem os dados, 62 pessoas receberam orientação sobre a realização de exercício. Do total de idosos atualmente atendidos na UBS 53 destes tem HAS e 21 são diabéticos.

As ações em promoção de saúde que atualmente são desenvolvidas é uma reunião mensal com diabéticos e hipertensos às quartas-feiras se realizam atividade física na praia com professor de ginástica para idosos, onde se realiza caminhada e exercícios de alongamento na qual participam 15 pessoas maiores de 60 anos.

A intervenção será importante porque a população que se atende na UBS em sua maioria é idosa, e os dados da população que consulta na unidade e a necessidade destes se atualizarem, pois não se têm os dados certos dos indicadores de qualidade.

A importância da escolha desta ação é vulnerabilidade desta população que requer uma atenção especial. É uma população que na maioria das vezes mora só,

não tem círculo familiar presente muitos tem diminuídos a visão e a audição, o que dificulta a deambulação e o entendimento.

Toda a equipe está envolvida no projeto e a dificuldade que temos no momento é que alguns estão de férias. As principais dificuldades previstas para a realização do projeto é o grande número de atendimentos o que dificulta em parte a aplicação de uma avaliação de qualidade.

## **2.2Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria na atenção prestada aos idosos na UBS de Progresso (ESF2) no município de Rosário do Sul (RS).

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 01: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Objetivo 02. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Objetivo 03. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Objetivo 04. Melhorar o registro das informações

Objetivo 05. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Objetivo 06. Promover a saúde dos idosos

#### **Metas**

#### **Em relação a objetivo 01**

Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60% da população alvo

#### **Em relação a objetivo 02.**

2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

### **Em relação ao objetivo 03.**

3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

### **Em relação a objetivo 04.**

4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

### **Em relação a objetivo 05.**

5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.



5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

### **Em relação a objetivo 06**

6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Progresso na cidade de Rosário Do Sul, RS no qual participarão 88 idosos, de ambos os sexos, na faixa etária de 60 a 98 anos de idade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 01: Ampliar a cobertura do programa da saúde do idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

#### **Eixo Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão um monitoramento e avaliação pelos registros dos pacientes idosos atendidos cada mês na UBS.

#### **Eixo Organização e gestão do serviço**

Ação: Acolher os idosos da área de abrangência.

Detalhamento: O acolhimento dos idosos será realizado pela técnica de enfermagem, todos os dias e nos dois turnos.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento: Na medida em que os idosos entrarem no programa será cadastrado pela auxiliar administrativa

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: As atualizações do cadastro no SIAB serão realizadas uma vez no mês pelo auxiliar administrativo.

### **Engajamento público**

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Detalhamento: Serão realizadas conversas informativas sobre o tema e a importância do cuidado da saúde dos idosos. O médico usará mensalmente o Centro Comunitário do bairro para manter esta conversa informativa com os usuários.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar um folder que será entregue após a conversa informando a importância do acompanhamento da pessoa idosa.

### **Eixo: Qualificação da prática clínica.**

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Na reunião de equipe realizada na sexta-feira o médico e o enfermeiro realizarão conversa capacitando aos ACS sobre o atendimento aos idosos seguindo o protocolo do Ministério da saúde.

### **Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.**

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: O enfermeiro revisará mensalmente os prontuários para verificar a realização da avaliação Multidimensional rápida.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

Detalhamento: A Secretaria de Saúde já forneceu à unidade elementos necessários para a realização desta ação.

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Será dividido por microárea e toda equipe participará nas segundas-feiras. Isso será conversado na reunião de equipe. A técnica de enfermagem realizará a avaliação de nutrição, visão e audição. O enfermeiro realizará a avaliação da continência esfincteriana e atividade sexual. O médico realizará avaliação cognitiva, de memória, avaliação de humor, e estados depressivos e a funcionalidade dos membros. Os agentes realizarão avaliação de atividades diárias do domicílio das quedas e do suporte social.

### **Eixo engajamento público**

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: A equipe realizará uma reunião no mês para informar sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

### **Eixo Qualificação de Prática Clínica**

Ações: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: O médico capacitará à equipe, nas reuniões semanais.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado para idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O enfermeiro revisará os prontuários semanalmente para avaliação da realização do exame clínico adequado.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A técnica de enfermagem realizará o aferimento das PA e o médico realizará a classificação do escore de FRAMINGHAM e determinará risco de sofrer um evento cardiovascular nos próximos dez anos.

Ação: Garantir a busca de idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: Os ACS farão as buscas dos pacientes faltosos toda semana.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Serão separadas duas vagas na agenda por semana para os pacientes faltosos.

Ação: Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: A Secretaria de Saúde será contatada pela auxiliar administrativa uma vez no mês para garantir referência e contra-referência destes pacientes.

### **Eixo Engajamento Público:**

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: As informações serão dadas no grupo de idosos

### **Eixo de Qualificação de Prática Clínica**

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Na reunião de equipe que se realiza na sexta-feira o médico orientará à equipe na realização do exame clínico apropriado.

Meta 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Eixo de Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A revisão dos prontuários será feita pelo enfermeiro semanalmente

### **Eixo de Organização e Gestão do serviço**

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Se entrará em contato com a Secretaria de Saúde para que os idosos tenham prioridade na realização de exames complementares.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Será agendada uma reunião com a Secretária de Saúde para garantir a realização de exames complementares.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será criado um sistema de alerta através de marcação específica para sinalizar a não realização do exame, o qual será revisado mensalmente pelo enfermeiro.

### **Eixo Engajamento Público:**

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Será mediante a realização de um folheto informativo o qual vai ser feito pelo médico e distribuído pelos agentes nas visitas domiciliares e as conversas informativas que se realizarão uma vez no mês.

#### **Eixo de Qualificação de Prática clínica:**

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico orientará a equipe na reunião semanal

Metas 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

#### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia

Detalhamento: se revisará nos prontuários os pacientes que usam medicamentos da farmácia popular e se eles têm acesso todos os meses a estes.

#### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Na UBS não temos uma farmácia, o que se realizará é uma listagem dos pacientes hipertensos e diabéticos, e a necessidades de medicamentos que eles têm e se passará para o gestor municipal.

#### **Eixo Engajamento Público.**

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Nas conversas informais que serão feitas mensalmente.

#### **Eixo Qualificação Prática Clínica:**

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: O médico se atualizará mediante a leitura dos últimos protocolos fornecidos pelo ministério de saúde em relação ao tratamento da HAS e Diabetes. Na reunião de equipe o médico atualizará a equipe.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

#### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: a enfermeira irá monitorar o número de idosos através dos registros.

#### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: A informação será trazida pelos ACS semanalmente.

#### **Eixo Engajamento Público.**

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Mediante a realização de um folheto que será feito pelo médico e distribuído pelos agentes comunitários de saúde.

#### **Eixo Qualificação Prática Clínica:**

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: O enfermeiro orientará aos agentes na reunião semanal da equipe.

Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

#### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: O monitoramento será feito pelo enfermeiro (Planilha eletrônica) tendo um controle mensal das visitas dos pacientes acamados por parte do médico e dos agentes.

#### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será feito pela auxiliar administrativa, organizando as visitas uma vez na semana por micro área.

#### **Eixo Engajamento Público.**

Ação: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Os ACS informarão nas casas onde tem idosos acamados sobre a disponibilidade de visita domiciliar e de quando a solicitar.

#### **Eixo Qualificação Prática Clínica:**

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visitas domiciliares.

Detalhamento: Serão orientados na reunião de equipe pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

#### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: O técnico de enfermagem fará o levantamento nos prontuários mensalmente.

#### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Será solicitado ao gestor municipal que forneça os materiais necessários.

#### **Eixo Engajamento Público.**

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da verificação da pressão arterial após os 60 anos de idade. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.



Detalhamento: Será realizada através da rádio uma entrevista pelo médico informando a população sobre a importância do tema.

### **Eixo Qualificação Prática Clínica**

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Será realizado pelo médico, o enfermeiro e a técnica de enfermagem na reunião de equipe.

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Serão revisados os prontuários, pelo enfermeiro com ajuda dos ACS semanalmente.

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento: o acolhimento de todos os idosos que procurarem a unidade será realizado por um integrante da equipe o que escutará a queixa e orientará ao paciente.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Será solicitado ao gestor municipal que forneça os materiais necessários, se convocará uma reunião com a Secretária de Saúde e o médico.

Ação: Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Se fará um distintivo no prontuário.

### **Eixo de Engajamento Público**

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: O médico realizará através da rádio uma entrevista informando a população sobre a importância do tema.

### **Eixo Qualificação de Prática Clínica**

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: A técnica de enfermagem realizará uma conversa informativa e prática orientando toda a equipe na realização de HGT na reunião de equipe.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

### **Eixo Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico idosos.

Detalhamento: Revisão de prontuário odontológico, verificar se realiza consulta odontológica na unidade e quando foi à última consulta, esta tarefa será desempenhada pela auxiliar odontológica.

### **Eixo Organização e gestão do serviço**

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O acolhimento será feito pelo auxiliar administrativo e pelo auxiliar odontológico, todos os dias sempre que o idoso procurar atendimento.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O cadastramento será feito pelos ACS, e pela auxiliar administrativa.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: Terão 04 fichas para atendimento prioritário por semana.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: A agenda será organizada pela auxiliar administrativa em conjunto com a Cirurgiã dentista.

### **Eixo de Engajamento Público**

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: Realizar distribuição de folhetos que serão feitos pela Cirurgiã dentista.

### **Eixo de Qualificação de Prática Clínica**

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: Será solicitada a Cirurgiã dentista que faça uma conversa com a equipe.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

### **Eixo Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Dados que serão fornecidos pela Cirurgiã dentista e auxiliar de dentista.

### **Eixo Organização e gestão do serviço**

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O acolhimento será feito pela auxiliar administrativa.

Ação: Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Detalhamento: a revisão de prontuários será feita pela cirurgiã dentista.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: A agenda será organizada pela auxiliar administrativa em conjunto com a Cirurgiã dentista.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Deixando duas fichas por semana para realização de primeira consulta odontológica.

### **Eixo de Engajamento Público**

Ação: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Realizar distribuição de folhetos que serão feitos pela Cirurgiã dentista.

### **Eixo de Qualificação Clínica**

Ação: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de idosos. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Será solicitada a Cirurgiã dentista que faça uma capacitação com a equipe.

### **Em relação ao objetivo 03: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso**

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

#### **Eixo de Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Para monitorar esta ação será feita revisão de prontuários avaliados pela enfermagem semanalmente

#### **Eixo de Organização e Gestão do Serviço.**

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Os faltosos serão procurados pelos ACS mediante a visita domiciliar.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Serão disponibilizadas duas vagas para os pacientes faltosos na semana.

#### **Eixo de Engajamento Público**

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Será realizada uma conversa informativa com a população no Centro Comunitário a cargo do médico mensalmente.

#### **Eixo de Qualificação de Prática Clínica**

Ação: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Será feito na sexta-feira na reunião de equipe pela enfermagem.

**Em relação ao objetivo 04: Melhorar o registro das informações.**

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: O monitoramento será feito pelo enfermeiro que fará pesquisa mensal nos registros da unidade

**Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: 1.1. Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Os dados do SIAB serão lançados pela auxiliar administrativa.

Ação: 1.2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: A ficha espelho será implantada ao início da intervenção e será revisada semanalmente pelos agentes.

Ação: 1.3. Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: A cada 15 dias serão atualizados os dados.

Ação: 1.4. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O responsável pelo monitoramento será o enfermeiro.

Ação: 1.5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: Mediante revisarão da ficha espelho semanalmente se criara uma lista feita pelos ACS que tem atraso na consulta, exames complementares e AMR.

**Eixo Engajamento Público.**

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Os ACS serão os que passarão estas informações aos usuários, mas antes eles serão orientados para isso.

**Eixo Qualificação Prática Clínica:**

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: O médico, a cirurgião dentista, o enfermeiro e a técnica de enfermagem desenvolverão estas atividades na reunião de equipe que se realiza semanalmente.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

**Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: A caderneta será monitorada pelos agentes, médico, enfermeiros e técnico de enfermagem toda vez que houver contato com os idosos.

**Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Na reunião com a Secretária Municipal de Saúde o médico solicitará a caderneta para os idosos.

**Eixo Engajamento público.**

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Esta orientação será realizada pela a equipe em sua totalidade.

**Eixo qualificação da prática clínica.**

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: O médico capacitará a equipe com conversas semanais.

**Objetivo 05. Mapear os idosos de risco da área de abrangência**

Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: Revisão da ficha espelho semanalmente pelos ACS.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: A auxiliar administrativa terá uma lista com os pacientes de maior risco para os que irá dar prioridade na consulta.

### **Eixo Engajamento Público.**

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais freqüente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: O médico realizará esta orientação em consulta ou em a visita domiciliar.

### **Eixo Qualificação Prática Clínica:**

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: O médico e o enfermeiro farão estas orientações na reunião de equipe.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Revisão da ficha espelho semanalmente pelos ACS.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice.

Detalhamento: A auxiliar administrativa terá uma lista com os pacientes fragilizados na velhice, estes terão prioridade na consulta.

### **Eixo Engajamento Público.**

Ação Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais freqüente.

Detalhamento: As orientações serão repassadas pelo médico na reunião mensal que se realizará com a comunidade.

**Eixo Qualificação Prática Clínica:**

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Será discutida na reunião de equipe a orientação do Ministério de Saúde onde fala dos indicadores de fragilização na velhice.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos

**Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Detalhamento Revisão da ficha espelho semanalmente pelos ACS.

Ação: Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: mediante as visitas domiciliares os agentes estarão atentos na detecção de idosos com rede social deficiente, será informada a equipe.

**Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Se fará uma lista com os pacientes com rede social deficiente, ficando a consulta agendada em forma fixa todos os meses o mesmo acontecerá com a visita domiciliar.

**Eixo Engajamento Público.**

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Os ACS orientarão nas visitas sobre o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Ação: Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Mediante a sensibilização da população e realização de atividades que inclua os idosos e o resto da população.

**Eixo Qualificação Prática Clínica:**



Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: As orientações serão feitas em reunião de equipe, pelo médico.

### **Objetivo 06: Promoção em saúde**

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

#### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Detalhamento: Revisão da ficha espelho semanalmente pelos ACS.

#### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Toda a equipe vai participar dando orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

#### **Eixo Engajamento Público**

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Toda a equipe vai participar dando orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, mediante conversas em sala de espera feita pelos ACS, na consulta com o médico, na consulta odontológica.

#### **Eixo Qualificação Prática Clínica:**

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Detalhamento: O médico fará orientação segundo o Ministério de Saúde para a equipe nas reuniões de equipe.

Ação: Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento Revisão da ficha espelho semanalmente pelos ACS.

#### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Toda a equipe vai participar dando orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

### **Eixo Engajamento Público**

Ação: Orientar os idosos, quitadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Toda a equipe vai participar dando orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Na reunião dos idosos que se fará mensalmente.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O médico orientará segundo a orientação do Ministério de Saúde a equipe nas reuniões semanais.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Detalhamento Revisão da ficha espelho semanalmente pelos ACS.

Ação: Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento Revisão da ficha espelho semanalmente pelos ACS.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Detalhamento: O enfermeiro vai definir a participação dos membros da equipe, dois agentes acompanharão nas caminhadas os usuários.

Ação: Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: Se falará com a Secretaria de Saúde pra que faça parceria com a secretaria de Educação.

### **Eixo Engajamento Público.**

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Toda equipe vai participar dando orientação na reunião mensal com os idosos

**Eixo Qualificação Prática Clínica:**

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: O enfermeiro realizará uma palestra em relação ao tema no dia da reunião de equipe

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

**Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: A auxiliar de dentista procurará os prontuários odontológicos para monitorar mensalmente as orientações ao idoso sobre higiene bucal.

**Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Ação Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Isso será ajustado pela cirurgiã dentista.

**Eixo Engajamento Público.**

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Será feito por toda a equipe aproveitando qualquer contato com o idoso ou sua família.

**Eixo Qualificação Prática Clínica:**

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A cirurgiã dentista fará orientações sobre o tema na reunião de equipe.

### 2.3.2 Indicadores

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60% da população alvo.

Indicador: 1.1 Coberturas do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador: 2.1 Proporções de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Indicador: 2.2 Proporções de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: 2.3 Proporções de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Indicado 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: 2.6 Proporções de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1 Proporção de idosos que receberão orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberão orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.



Indicador

6.3. Proporção de idosos que receberão orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no acompanhamento dos idosos vamos adotar o Protocolo do Idoso do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; 2010). Todos os integrantes da equipe receberão cópia digitalizada do Protocolo.

#### **Para Ações do Registro Específico**

Para organizar o Registro Específico da intervenção o enfermeiro e o médico preencherão a ficha espelho dos idosos, atendidos na Unidade Básica de Saúde, para isso se solicitará a secretaria de saúde a reprodução de 400 fichas espelho. Será criado um sistema de alerta através de marcação específica para sinalizar a não realização de exames, supervisionado mensalmente pelo enfermeiro.

#### **Para Ações de Monitoramento**

Para se monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente pelo médico e enfermeiro. Para monitorar a realização da Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos uma vez ao ano de todos os idosos acompanhados, o enfermeiro verificará nas fichas espelho se a avaliação foi realizada no mês. Monitorizar-se-á nos registros a participação em atividades físicas, participação do grupo de idosos mensal tarefa esta desenvolvida pelos ACS.

Serão monitoradas ainda pela revisão dos registros se o idoso recebeu orientações educativas individuais na área da saúde bucal pela Cirurgiã Dentista. E mensalmente a auxiliar de consultório odontológico também verificará nos prontuários a realização da primeira consulta odontológica.

O enfermeiro com ajuda dos ACS mensalmente monitorizará se foi feita investigação de diabetes e HAS, monitorando assim quais exames foram solicitados e quais foram realizados de acordo com a periodicidade recomendada, além do acesso aos medicamentos da Farmácia.

O enfermeiro ficará responsável pelo monitoramento semanal da periodicidade das consultas, da qualidade dos registros dos idosos acompanhados e do número e o cadastro de idosos acamado fará pesquisa mensal.

Para o monitoramento dos registros da caderneta dos idosos será realizada pelos agentes, médico, enfermeiros e técnico de enfermagem toda vez que houver contato com os idosos.

O monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência e a realização de avaliação da rede social será realizada pela revisão da ficha espelho semanalmente pelos ACS.

### **Para Ações de Organização e Gestão do Serviço**

O acolhimento dos idosos será realizado pela técnica de enfermagem, todos os dias nos dois turnos.

Será solicitada ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida a Secretaria de Saúde já forneceu para unidade os elementos necessários (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...) para a realização desta ação. Ainda será realizado contato com a secretaria para garantir a agilidade para a realização dos exames complementares, assim como referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Como a unidade de saúde não conta com farmácia própria ficará a cargo da secretaria o controle de estoque de medicação, validade e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados. No exame clínico de idosos a técnica de enfermagem realizará o aferimento das PA, o médico realizará o escore de FRAMINGHAN e determinará risco de sofrer um evento cardiovascular nos próximos dez anos. A busca ativa dos idosos que não realizaram exame clínico ficará a cargo dos ACS. Serão separados dois horários na agenda por semana para pacientes faltosos proveniente das buscas domiciliares.

As visitas domiciliares serão registradas pelo enfermeiro e organizadas por microárea pela auxiliar administrativa semanalmente.

O idoso terá atendimento prioritário na UBS e para isso serão ofertadas quatro fichas por semana, para os idosos cadastrados pelos ACS e pela auxiliar administrativa, estes pacientes serão acolhidos pela auxiliar administrativa e pelo auxiliar odontológico. A agenda será organizada pela auxiliar administrativa em conjunto com a Cirurgiã dentista.

### **Engajamento Público**

Em conversa educativa na reunião mensal que acontecerá no Centro Comunitário junto com as autoridades do local será falado que as reuniões mensais serão utilizadas para informar a comunidade, aos idosos e seus cuidadores sobre a importância da realização das consultas, sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Será esclarecido sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e escutar suas sugestões. Orientar-se-á os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a Caderneta quando for consultar.

O médico vai orientar em visita ou na consulta na unidade a importância de um acompanhamento mais freqüente quando apresentar alto risco. Estimular-se-á a comunidade na promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio mediante a sensibilização da população e a realização de atividades que incluam os idosos e o resto da população.

Toda equipe participará das orientações visando benefícios para adoção de hábitos alimentares saudáveis dando orientação nutricional para idosos, quitadores, e comunidade na realização de atividades físicas e no cuidado com a saúde bucal.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Para as ações de qualificação de prática clínica será utilizado o protocolo referido acima, de modo a capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e para orientação nutricional específica para o grupo de idosos, o médico fará as orientações na reunião de equipe. Capacitar os profissionais para oferecer orientações de saúde bucal e de próteses dentárias e

para realizar avaliação da necessidade de tratamento em idoso. Estas orientações serão feitas pela Cirurgiã Dentista.

O médico irá capacitar a equipe no atendimento aos idosos, treinar a equipe para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, para encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas, para a realização de exame clínico apropriado, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, para seguir o protocolo adotado na UBS na solicitação de exames complementares, atualização da equipe no tratamento da HA e DIA, como orientarem os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicação da Farmácia Popular. Orientará os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção assim como identificar os casos que necessitam de visita domiciliar esta última capacitação o médico fará em conjunto com o enfermeiro.

O enfermeiro vai capacitar a equipe para orientar os idosos na realização de atividade física regular, orientar na verificação de pressão arterial de forma criteriosa, no acolhimento do idoso, na realização do cadastro, na identificação e encaminhamento para o serviço odontológico. A equipe também será capacitada para orientar os idosos quanto à periodicidade de sua consulta, no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos idosos (ex: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa). Identificar os indicadores de fragilização na velhice, orientar a equipe para avaliar rede social, estas capacitações serão realizadas pelo médico e enfermeiro. Nas reuniões semanais da equipe que acontecem às sextas-feiras é que serão realizadas todas essas capacitações que seguirá o que preconiza o Protocolo do Ministério da Saúde. Capacitação à equipe pela enfermeira sobre o correto aferimento da PAS. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. O que será feito pelo médico na reunião de equipe. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Capacitar os ACS para captação de idosos. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos. Capacitação feita na reunião de equipe.



### 2.3.4Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de idoso	x	X														
Capacitação de ACS pra busca de idosos faltosos	x	X														
Acolhimento dos idosos na UBS	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x				
Determinação do papel de cada integrante	X															
Cadastro de todos os idosos no programa	X	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X				
Cadastro de idosos acamados	X	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x				
Organizar agenda para visitas domiciliares	X	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X				
Reunião com a secretaria de saúde			X													
Grupo de pessoas idosas					X					X						
Atendimento clinica dos idosos	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X				
Avaliação de risco social e fragilidade. Realização de avaliação Multidisciplinar rápida	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X				
Realizar primeira consulta odontológico	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X				
Preenchimento da ficha espelho Preenchimento da caderneta do idoso	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X				
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X				
Atualizar o Cadastro do SIAB	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x				



### **3. Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Um dos objetivos era ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%, conseguimos ampliar a cobertura, mas não se atingiu o valor que se pensava, pois as dificuldades maiores que tivemos ocorreram principalmente por questões de tempo, o tempo não era suficiente para avaliar um maior número de idosos já que esta avaliação requer um tempo considerável e temos muita demanda de pacientes que estão doentes e essa demanda aumentou mais ainda nos últimos meses.

Conseguimos orientar e falar com a comunidade em relação à importância do atendimento para as pessoas idosas, quando fomos conversar com a comunidade toda ela se mostrou muito entusiasmada com o novo trabalho que se realizaria na comunidade, o Sr. João de Deus, presidente da comunidade, se mostrou muito cooperativo e ele nos apoiou muito se oferecendo para falar com as autoridades da igreja e da escola para desenvolver as reuniões de grupo dos idosos, bem como realizar uma boa capacitação da equipe no que se refere à saúde do idoso. A secretaria de saúde foi muito cooperativa com o projeto fornecendo os recursos necessários para o desenvolvimento do projeto.

Conseguiu-se realizar exame físico completo e avaliação multidisciplinar rápida a todos os idosos cadastrados, foram solicitados exames complementares a todos aqueles pacientes que estavam com exames atrasados e tivemos alguns casos, apesar de terem sido poucos de idosos que fazia anos que não realizavam exames complementares.

Em relação a capacitar a equipe foi feito em conjunto com a cirurgia dentista, não foi uma tarefa fácil, eu percebi que a equipe não aproveita muito as orientações, e ainda eles não estavam de acordo com a realização do projeto.



Dentro das ações desenvolvidas eu penso que a mais importante foi ficar mais perto da comunidade, e que as pessoas que foram atendidas no projeto melhoraram sua qualidade de vida. As reuniões de grupo que forem desenvolvidas uma vez no mês forem as mais gratificantes no pessoal e para a equipe como para os idosos da comunidade, fazendo um comentário referente a o que trouxe para nós um dos usuários Don João de Deus, o presidente da comunidade, nas reuniões são muito proveitosas para nós já que recebemos orientações para cuidar nossa saúde, realizamos orientações sobre ginástica e realizamos os exercícios para conseguir aprendermos melhor e compartilhamos um chá. O trabalho continuará sendo realizado porque foi muito benéfico para a população. Conseguiu-se realizar um acompanhamento muito bom dos idosos, e um fenômeno interessante que aconteceu que logo depois de que os idosos começaram a vir na unidade, eles retornavam e conseguimos fazer acompanhamento mais de perto destes pacientes. O mesmo fenômeno aconteceu com os pacientes acamados que visitamos, conseguimos fazer um acompanhamento adequado, e as pessoas se sentiram muito felizes e isto foi muito gratificante para mim.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

A principal dificuldade que tive foi com meu colega enfermeiro que não estava interessado no projeto e desestimulou muito aos agentes de saúde, o que afetou um pouco o andamento do projeto, prejudicando assim na busca ativa dos pacientes idosos faltosos, essa era uma das ações de fundamental importância que deveriam ser realizadas no projeto.

Outro inconveniente que tivemos foi que a cirurgiã dentista já tinha paciente pré-agendados os que estavam realizando tratamento, isso dificultou na realização da avaliação de 100 % dos idosos cadastrados. Outro objetivo que não conseguimos atingir foi em relação a não ter sido possível de realizar visitas domiciliares para todos os idosos acamados, pois nossa área compreende um número elevado de pacientes acamados.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Com as planilhas tive algumas dificuldades, principalmente penso que foi em relação ao idioma, porque eu pensei que no item que tinha que preencher rastreamento para diabéticos, era de todos os idosos, não só para os que estavam com diagnóstico de hipertensão. Outro item em que tive dificuldades foi relação aos cuidados da saúde bucal, pois interpretei que não era necessário que o idoso ter a consulta odontológica programada se havia sido feita orientações ao idoso por parte do enfermeiro e do médico e poderíamos registrar nas planilhas como que este acompanhamento havia sido realizado. Mas estas dificuldades foram sanadas.

### **3.4. Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Após da finalização da intervenção ficou determinado na unidade que todas as terças- feiras no turno da tarde os atendimentos serão exclusivas para as pessoas idosas, para dar continuidade na execução do projeto, serão realizadas as buscas ativas de aqueles idosos que não consulta rotineiramente, continuaremos com as visitas domiciliares, bem como uma vez no mês será realizada uma reunião do grupo dos idosos.

## 4. Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

Durante a intervenção objetivou-se melhorar a cobertura e a qualidade de atenção a saúde do idoso na ESF do Bairro Progresso em Rosário do Sul - RS. Unidade que atende uma população total de 2848 pessoas. A população alvo fora mais pessoas com 60 anos ou mais que moram na área de abrangência e que são atendidas na unidade. Em números esta população é de um total de 586 pessoas com mais de 60 anos. Ao final da intervenção foram atendidos 88 idosos perfazendo um total de 15% de cobertura

Em relação ao **objetivo 01** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60% da população.

No primeiro mês foram atendidas 34 pessoas na porcentagem de 5,8% No segundo mês conseguimos avaliar um total de 65 pessoas que corresponde a um percentual de 11,1% e no terceiro mês foram avaliadas 88 pessoas que correspondem a uma porcentagem de 15%. No início do trabalho eu pensei que conseguiríamos atingir um maior número de pessoas idosas, porém tivemos inconvenientes e não atingimos a meta proposta. Entre eles está grande demanda de pacientes doentes que começou a aumentar devido à chegada do inverno, a grande quantidade de feriados que tivemos durante estes meses e algumas diferenças que apareceram na equipe no desenvolvimento do projeto. Tive diferenças com o enfermeiro que não queria realizar o projeto, pois dizia que isto iria atrapalhar o funcionamento da unidade e iria aumentar muito seu trabalho, desestimulando aos agentes para que não realizassem as atividades que eu havia planejado.

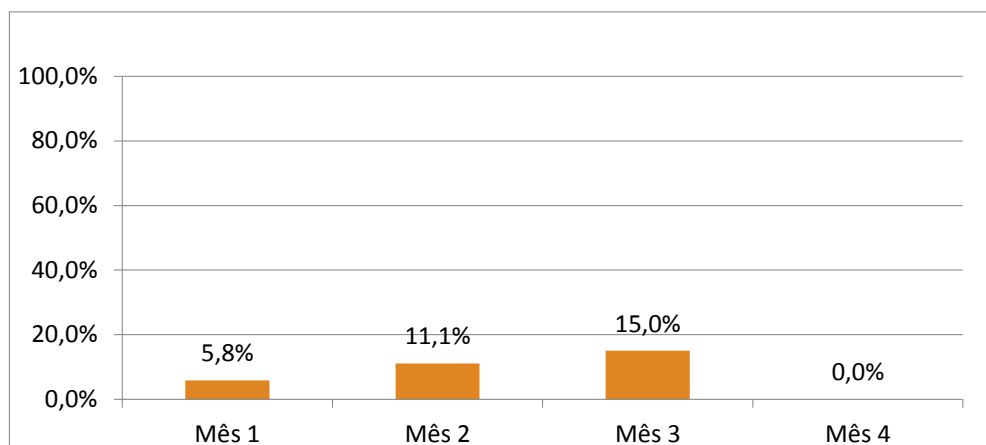


Figura 1: Gráfico de cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Nova Rosário –RS.

Em relação ao **objetivo dois**: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Em relação ao indicador 2.1 que se refere à população de idosos com avaliação multidisciplinar em dia, onde o numerador é o número de idosos com avaliação multidisciplinar rápida em dia no primeiro mês e o denominador é o número de idosos cadastrados no programa. Conseguiu-se atingir um percentual de 97.1% no primeiro mês o que corresponde a 34 pessoas, no segundo mês a porcentagem foi de 96.9% correspondente a 63 pessoas, e no terceiro mês se atingiu um percentual de 97.7% correspondente a 86 pessoas. A meta teve uma boa evolução no projeto, esta meta não foi atingida porque esta ação estava sendo realizada somente pela médica da equipe.

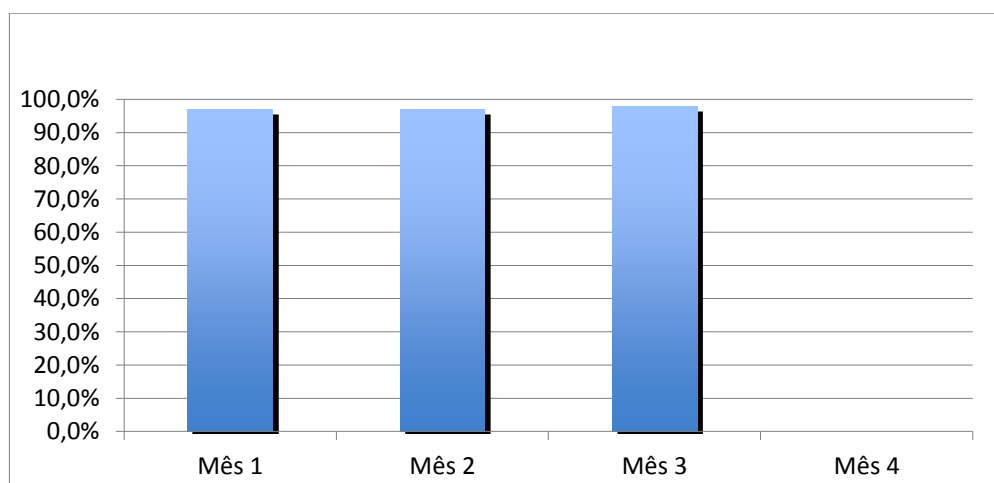


Figura 02: Gráfico de proporção de idosos com avaliação multidisciplinar rápida em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Nova Rosário –RS.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e médios e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

O indicador 2.2 que se refere à proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, no qual o numerador é o número de idosos com exame clínico em dia e o denominador é o número de idosos cadastrados no programa. Atingiu-se 97.1% o que corresponde a 33 idosos no primeiro mês, no segundo mês a porcentagem foi de 95.4% correspondente a 62 pessoas, e no terceiro de 96.6% correspondente a 85 pessoas, em relação a este indicador, o esperado era atingir 100% porém as dificuldades não permitiram isso, principalmente por questões de falta de tempo, como mencionei anteriormente o exame físico era realizado só por mim, então teve alguns idosos nos quais não se completou o exame na primeira consulta, mas que foi realizado na consulta de retorno deles, quando traziam os exames complementares.

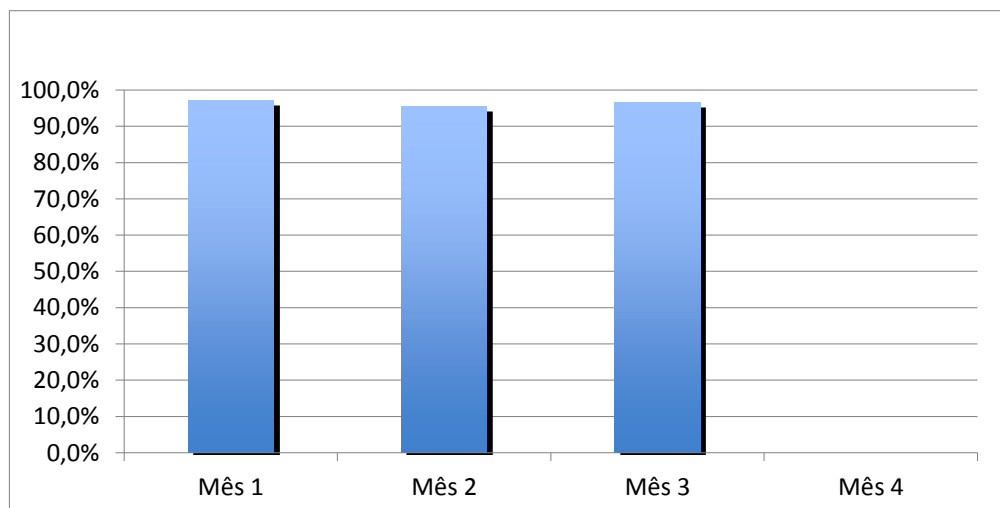


Figura 03: Gráfico de proporção de idosos com exame clínico em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Novo Rosário –RS.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

O indicador 2.3 que é a relação de idosos com HAS e Diabetes com solicitação de exames complementares periódicos, onde o numerador é o número de idosos hipertensos e diabéticos com solicitação de exames complementares em

dia e o denominador é o número de hipertensos e diabéticos. A porcentagem conseguida no primeiro mês é de 96.2% correspondente a 25 idosos, no segundo mês foi de 88.7% correspondente a 47 idosos e no terceiro 73.2% que corresponde a 52 idosos. Neste caso alguns dos pacientes com diagnóstico destas doenças não tinham os exames complementares em dia nem os que foram solicitados, na medida em que avaliávamos mais idosos começaram a vir alguns idosos que fazia mais tempo que não consultavam na unidade e, portanto, sem os exames solicitados. Nos idosos que estão com atraso em exames complementares foram solicitados, porém os resultados ainda não retornaram.

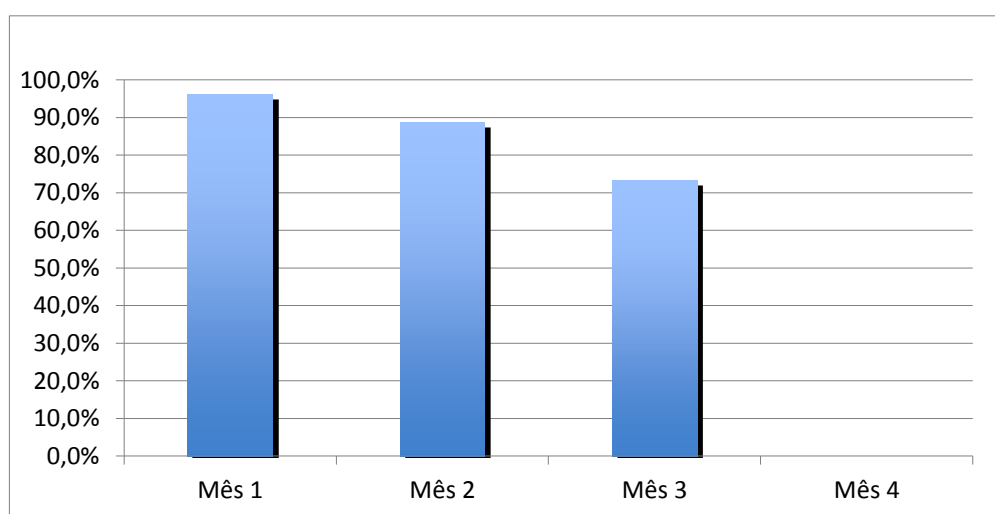


Figura 04: Gráfico de proporção de idosos hipertensos ou diabéticos com solicitação de exames complementar em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

**Metas 2.4:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

O indicador 2.4 é referente os idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada no qual o numerador são os idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada e o denominador é numero de idosos cadastrados no programa. A porcentagem conseguida no primeiro mês é de 67.4% correspondente a 22 pessoas, no segundo mês a porcentagem foi de 69.2% correspondente a 45 pessoas e no terceiro de 70.5% correspondente a 62 pessoas.

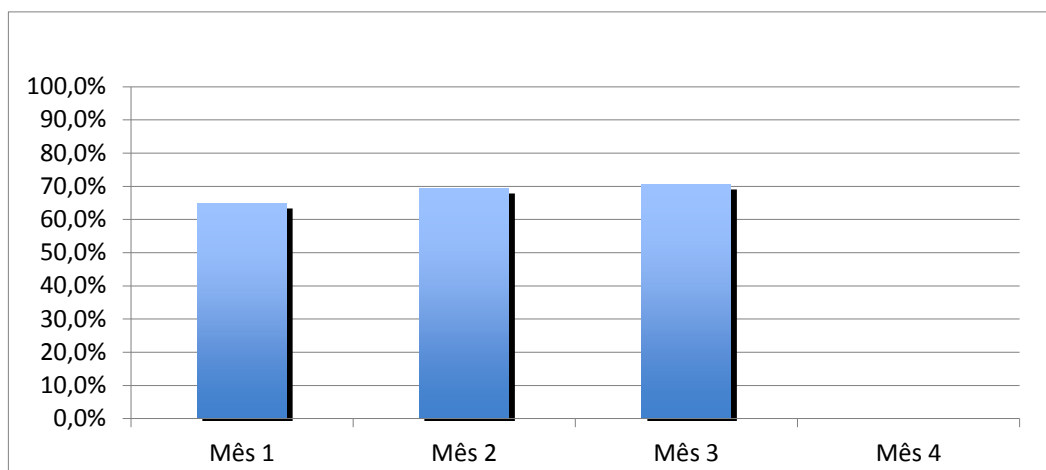


Figura 05: Gráfico de proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área). Esta meta foi atingida desde o primeiro mês em 100% e se manteve no resto dos meses. Correspondendo a 12 pessoas no primeiro mês, 23 pessoas no segundo e 31 no terceiro mês. Foi à colaboração de toda a equipe que contribuiu para alcançar esta meta, principalmente dos agentes comunitários.

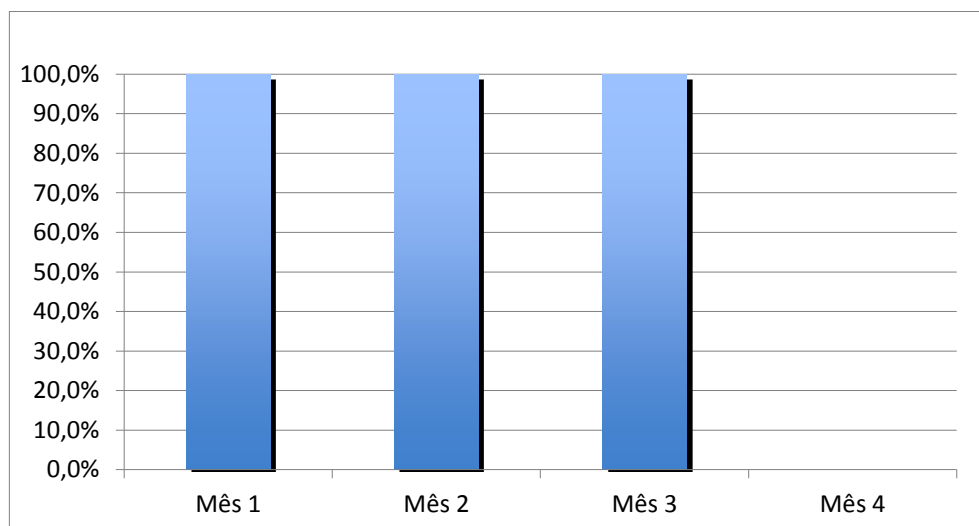


Figura 06: Gráfico de proporção de idosos acamados o com problemas de locomoção cadastrados em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

O indicador 2.6 referente à proporção de idosos acamados e com problemas de locomoção com visita domiciliar é a relação do número de idosos com problemas de locomoção e acamados com visita domiciliar e o denominador se refere ao

número de idosos com problemas de locomoção e acamados no programa. Teve-se uma porcentagem de visitas no primeiro mês de 91.7% corresponde a 11 idosos, no segundo mês foi de 82.6% correspondente a 19 idosos e no terceiro de 67.7% o que corresponde a 21 idosos. Esta meta não foi atingida no projeto porque eu não consegui acompanhar um maior número de idosos, mas os agentes comunitários visitam todos os meses os pacientes acamados. No último mês não conseguimos realizar um maior número de novas visitas porque estávamos realizando acompanhamento de idosos acamados que se encontravam doentes que já estavam cadastrados no projeto e a agenda ficou muito ajustada.

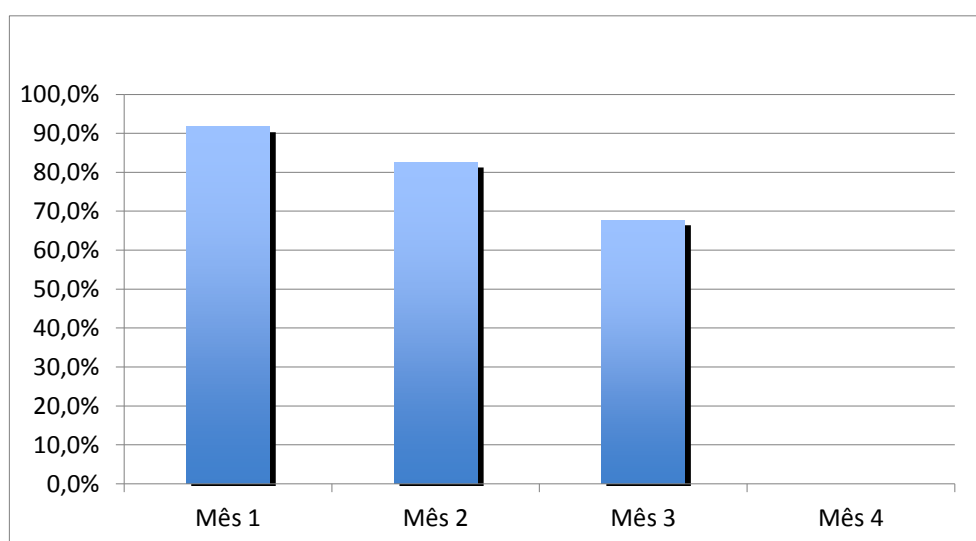


Figura 07: Gráfico de proporção de idosos acamados o com problemas de locomoção com visita domiciliar na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

**Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).**

Esta meta atingiu 100% no decorrer dos três meses o que corresponde a 34 pessoas no primeiro mês, 65 no segundo mês e 88 no terceiro. Isso ajudou a detectar os pacientes com uma doença crônica e possibilidade de tratá-la.



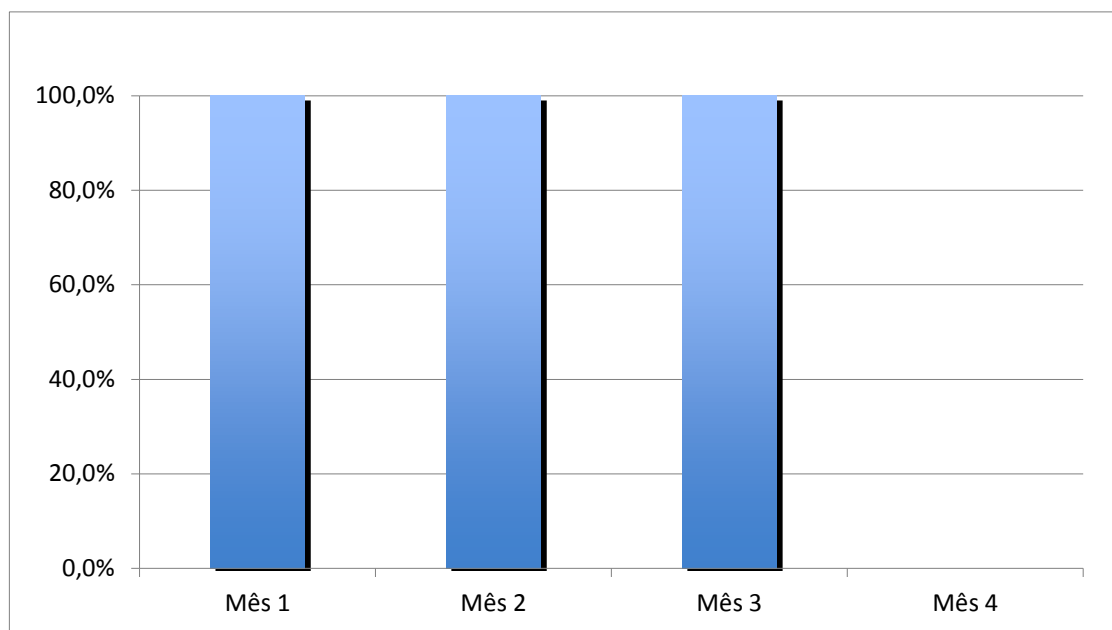


Figura 08: Gráfico de proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

O indicador 2.8 referente à proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes atingiu uma porcentagem de 88.5% correspondente a 23 idosos no primeiro mês, no segundo 89.6% correspondente a 43 idosos e no terceiro 85.9% correspondente a 55 idosos, tivemos muita demora no retorno dos pacientes os quais havia sido solicitado exames complementares, pela demora na realização dos exames. Conta-se com escassa quantidade de teste rápido em razão disto houve a necessidade de se realizar o rastreamento via exame de sangue

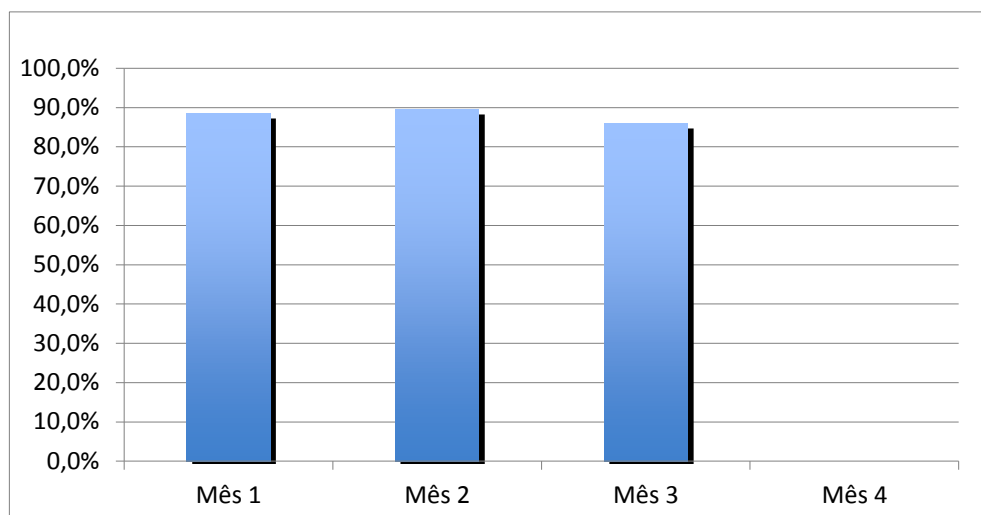


Figura 09: Gráfico de proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

O indicador 2.9 referente aos idosos com avaliação de necessidade no atendimento odontológico no primeiro mês foi de 94.1% que corresponde a 32 idosos, no segundo mês a porcentagem foi de 95.4% correspondente a 62 idosos e no terceiro de 96.6% correspondente a 85 idosos. Este indicador foi melhorando a porcentagem à medida que se desenvolvia o trabalho, porque a cirurgiã dentista conseguiu acomodar sua agenda para conseguir avaliar aos idosos e começamos a fazer as visitas domiciliares juntas, para ela avaliar a saúde bucal dos pacientes acamados.

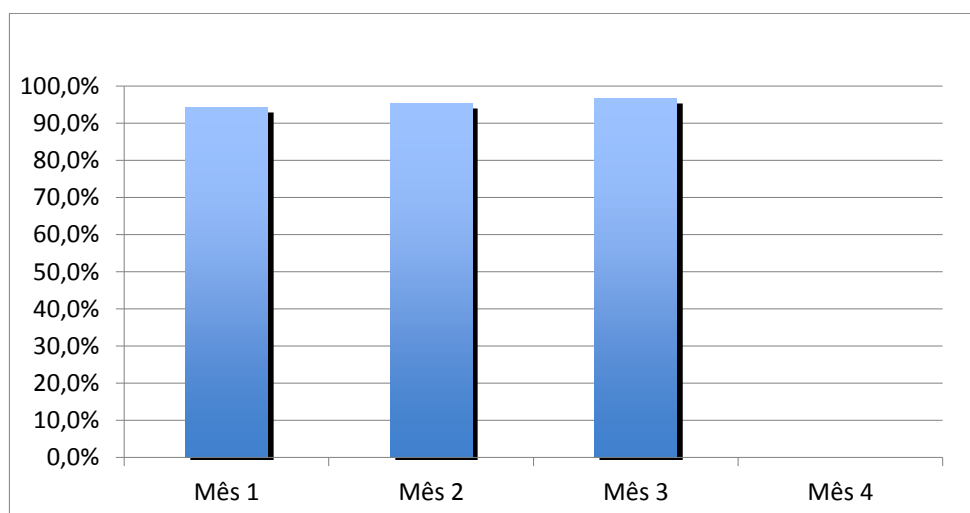


Figura 10: Gráfico de proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

#### Eixo Monitoramento e avaliação

O indicador 2.10 relacionado com idosos com primeira consulta odontológica programada a porcentagem conseguida no primeiro mês é de 64.7% correspondente a 22 pessoas, no segundo mês foi de 78.5% correspondente a 51 pessoas e no terceiro de 87.5% correspondente a 77 pessoas. Em princípio esta avaliação teve um atraso pela razão de que a cirurgiã dentista tinha muitas consultas agendadas de pacientes que já estavam realizando atendimento e não conseguia me acompanhar nas visitas domiciliares. Porém à medida que o tempo foi passando observou-se que o número de primeiras consultas foi aumentando.

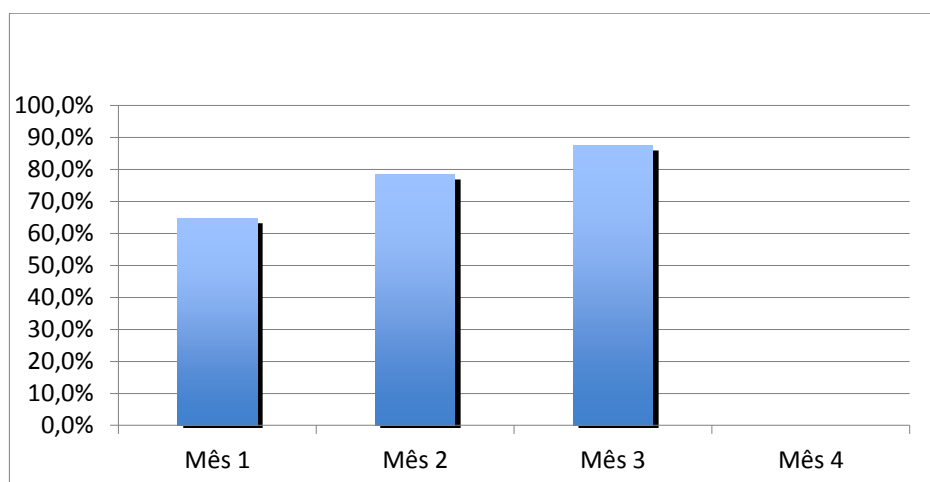


Figura 11: Gráfico de proporção de idosos com primeira consulta odontológica programada na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Em relação ao **objetivo Três**: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

O indicador 3.1 referente aos idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa se atingiu um porcentagem no primeiro mês de 50% correspondente a um idoso, no segundo mês foi de 50% correspondente a dois idosos e no terceiro de 80% correspondente a quatro idosos. Os agentes comunitários foram até o domicílio dos pacientes faltosos na procura dos mesmos, até levaram convites para eles solicitando que fossem na unidade, mas alguns deles não estavam dispostos a consultar porque referiram não terem necessidade. As consultas foram agendadas pela equipe, mais as pessoas que tem seu médico particular em nossa área

consideram que não é necessário realizar mais avaliações em saúde, isso é uma das coisas que a equipe está tentando trocar no pensamento dos usuários.

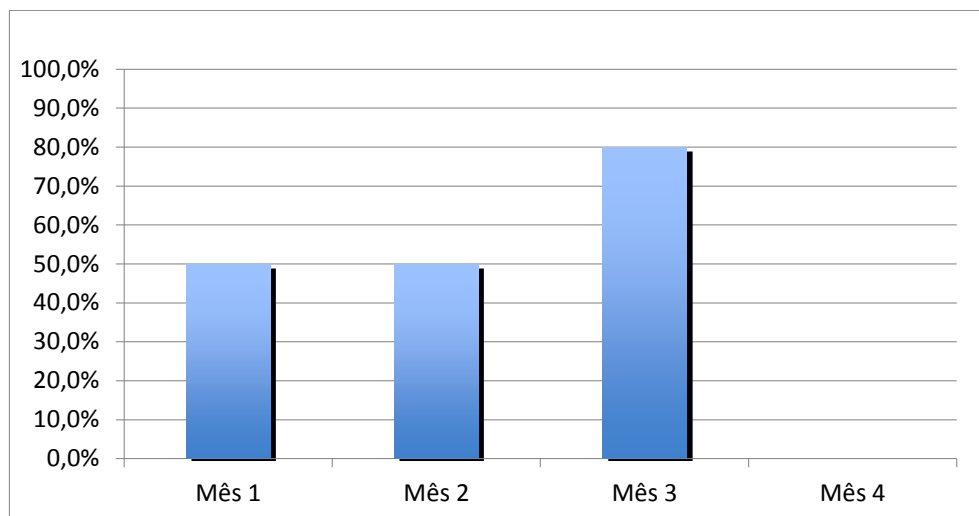


Figura 12: Gráfico de proporção de idosos faltosos que receberam busca ativa na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Em relação ao **objetivo Quatro**: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

O indicador 4.1 referente à porcentagem de idosos com registro na ficha espelho em dia. O resultado foi de 94.1% correspondente a 32 pessoas no primeiro mês, no segundo de 96.9% correspondente a 63 pessoas e no terceiro de 97.7% correspondente a 86 pessoas. Este objetivo não foi atingido porque o tempo não foi suficiente na primeira consulta para realizar todas as avaliações e o preenchimento de todos os requerimentos solicitados, se realizando quando os pacientes retornaram na consulta e atualmente se continua realizando esta atividade.

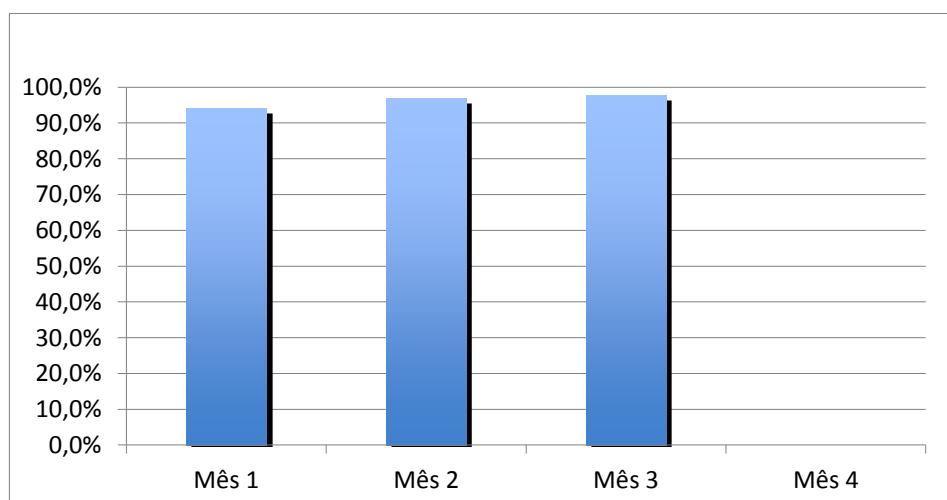


Figura 13: Gráfico de proporção de idosos com registro da ficha espelho em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

O indicador 4.2 referente à proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa atingiu uma porcentagem no primeiro mês de 70.6% correspondente a 24 pessoas, no segundo mês 86.2% correspondente a 56 pessoas e no terceiro 90.9% correspondente a 80 pessoas. Esta tarefa melhorou muito a porcentagem na medida em que a equipe estava mais envolvida com o preenchimento, isso foi porque os agentes de saúde começaram a preencher esta caderneta junto comigo sendo que foi previamente explicado (capacitação) como realizar esta tarefa.

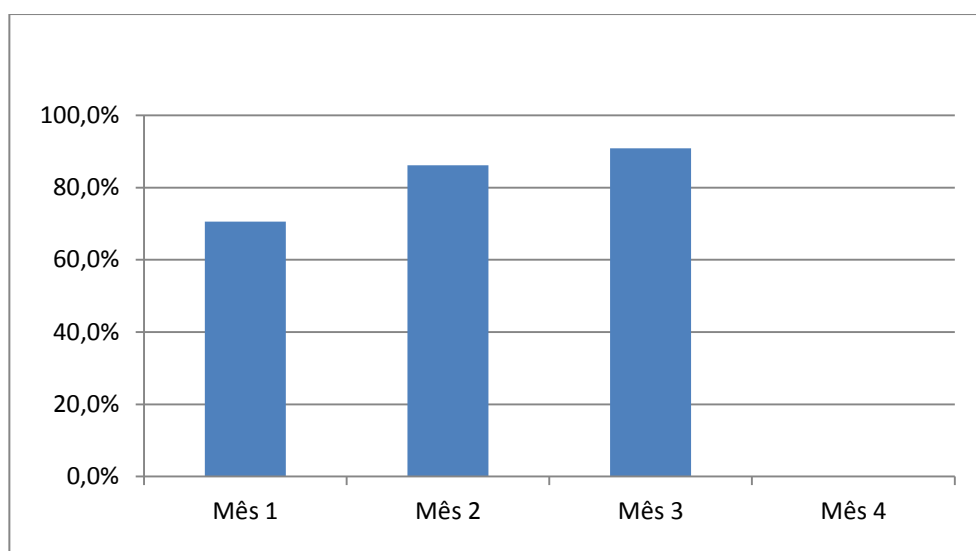


Figura 14: Gráfico de proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Em relação ao **Objetivo cinco**: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

O indicador 5.1 referente a idosos com avaliação de risco de morbimortalidade em dia teve uma porcentagem no primeiro mês de 88.2% correspondente a 30 pessoas, no segundo 93,8% correspondente a 61 pessoas e no terceiro 96.6% correspondente a 85 pessoas. Para realizar o cálculo do risco de morbimortalidade são necessários os exames complementares e como tivemos demoras atrasou o trabalho.

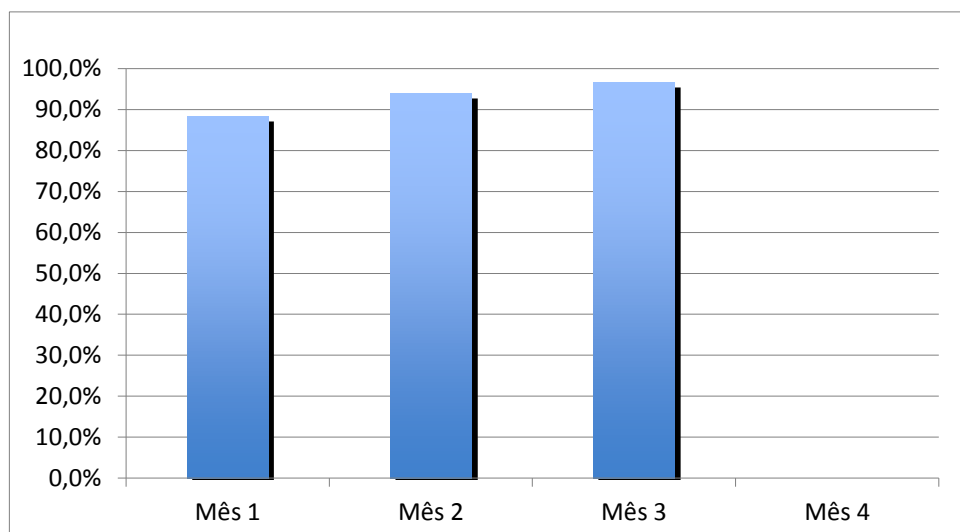


Figura 15: Gráfico de proporção de idosos com avaliação de risco de morbimortalidade em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

O indicador 5.2 referente aos idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia atingiu 88.2% correspondente a 30 pessoas no primeiro mês, no segundo 93.8% correspondente a 61 idosos, e no terceiro 96.6% correspondente a 84 idosos. Como mencionei anteriormente esta meta não foi atingida porque o tempo não foi suficiente em uma consulta para preencher todos os itens sendo estes preenchidos na consulta de retorno.

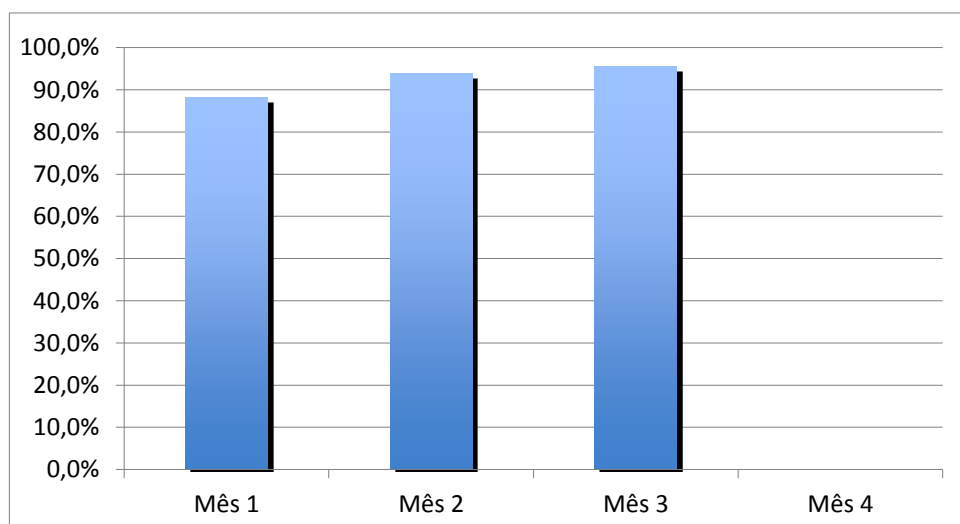


Figura 16: Gráfico de proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário –RS.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

O indicador 5.3 relacionado com os idosos com avaliação de rede social em dia no primeiro mês alcançou 82.4% correspondente a 28 idosos, no segundo foi 89.2% correspondente a 58 idosos e no terceiro foi de 93.2% correspondente a 82 idosos. Esta meta não foi atingida, este foi um indicador difícil de avaliar porque muitos idosos que não declaram inicialmente atividades pessoais, e, portanto ficava difícil de avaliar qual era a sua rede social. Para se apurar esta informação, especialmente aos novos, se precisa estabelecer um vínculo, que muitas vezes leva tempo. Porém com os agentes que já que se encontram mais perto e conhecem melhor a cada idoso, mas houve casos em que não se conseguiu saber a realidade, mas isso será retomado nas próximas consultas.

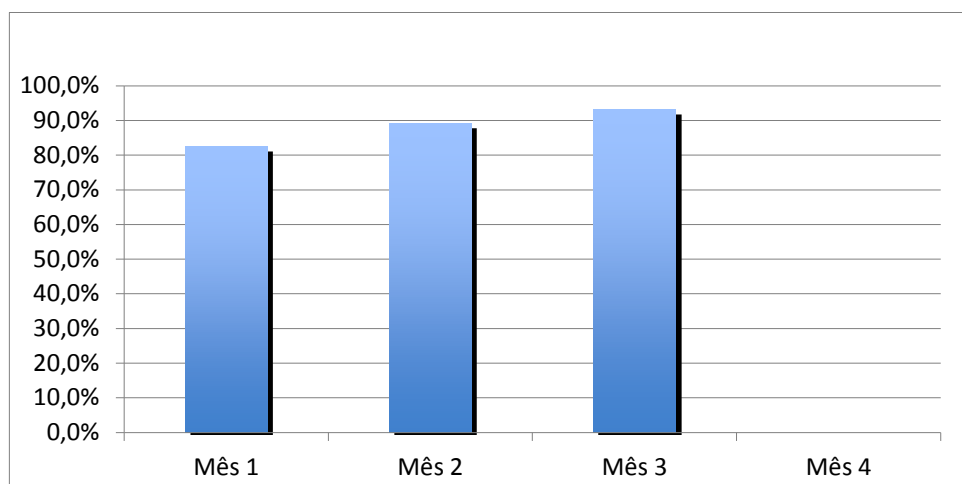


Figura 17: Gráfico de proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário-RS

Em relação ao **objetivo seis**: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas

Indicador 6.1 este indicador se refere aos pacientes que receberam orientações em relação a hábitos de vida saudáveis, no primeiro mês foi 100% correspondente a 34 idosos no segundo 96.9% correspondente a 63 idosos e no terceiro 97.7% correspondente a 86 pessoas. A meta não foi atingida mais eu penso que na realidade todas as pessoas que estiveram ligadas ao programa da saúde do idoso receberam estas orientações em algum momento podendo-se considerar

como 100%. Só não foram computados os dados, pois as agentes comunitárias não trouxeram o registro destas ações, deste modo só contei com meus registros.

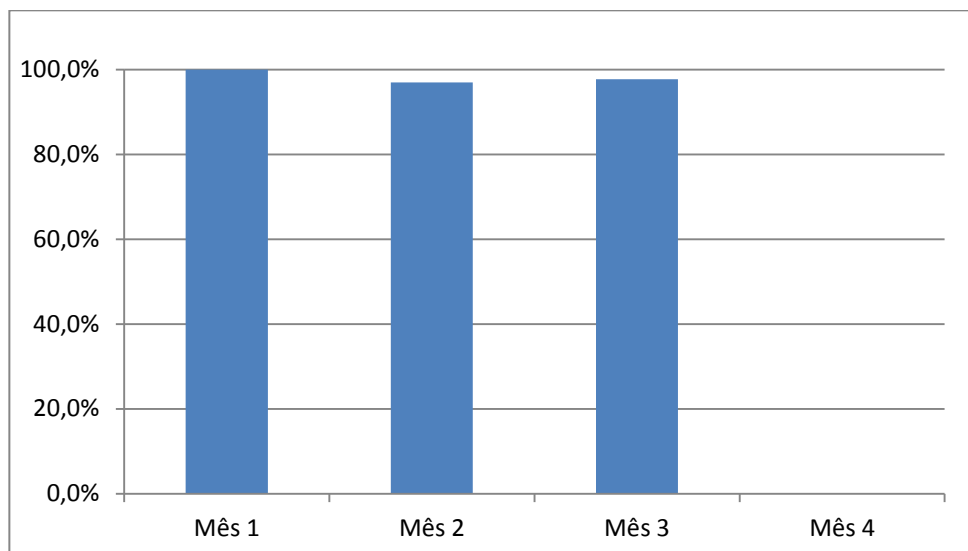


Figura 18: Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário-RS

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2 relacionado com a proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, no primeiro mês se atingiu uma porcentagem de 88.2% correspondente a 30 idosos, no segundo 86.2% correspondente a 56 idosos e no terceiro 87.5% correspondente a 77 idosos. Penso que na realidade este foi um indicador que atingiu um total de 100% para todas as pessoas que tinham possibilidade de realizar exercício, não fizemos s. Eu orientações só para aqueles pacientes que estão acamados e não conseguem realizar atividade física nenhuma. Estas ações foram realizadas por toda a equipe nas consultas médicas, nas consultas odontológicas, nas atividades de grupo de idosos, de hipertensos e de gestantes e também pelos agentes de saúde mensalmente nas visitas.



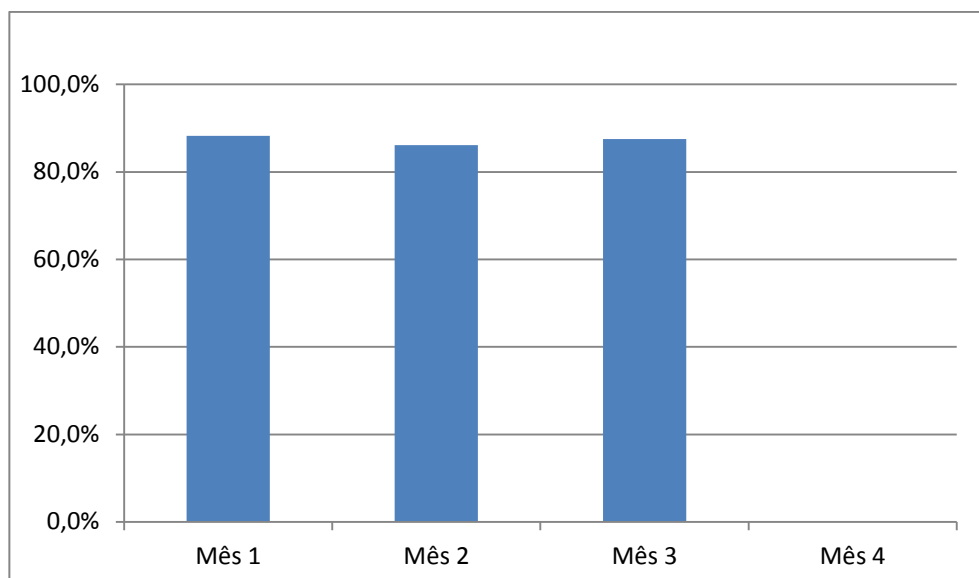


Figura 19: Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário-RS

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

O indicador 6.3 relacionado com a proporção de idosos que receberam orientação individual sobre cuidados da saúde bucal em dia, no primeiro mês atingiu 95.5% correspondente a 28 idosos, no segundo 76.9 % correspondente a 50 idosos e no terceiro 83% correspondente a 73 idosos. Como mencionei anteriormente a dificuldade aqui foi que nem sempre a dentista conseguia me acompanhar e realizar as visitas domiciliares, porém ela deixou agendados os pacientes que estão acamados e ainda continua realizando a avaliação deles no momento atual.

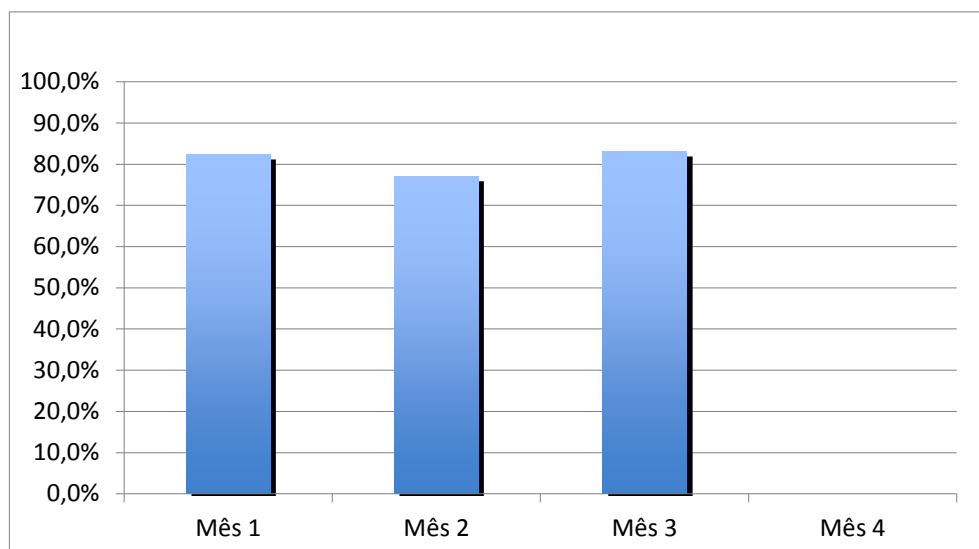


Figura 20: Gráfico de proporção de idosos que receberam orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na Unidade de Saúde Bairro Progresso, Rosário-RS

## 4.2 Discussão

### Resumo do que foi alcançado com a intervenção.

Após ter finalizado o projeto temos muitas coisas pela frente ainda, mais se conseguiu ampliar a cobertura de assistência a pessoas idosas em 15% em três meses na Unidade de Progresso, Rosário do Sul, RS.

A melhora nos registros foi significativa e a assistência que foi oferecida a estas pessoas foi de qualidade, muitas coisas já estavam sendo feitas, porém com a aplicação do projeto conseguiu-se organizar de melhor forma os atendimentos, ficou mais estandardizado sendo possível captar muitas pessoas que se encontravam afastadas da unidade. Foi conseguido deixar em dia muitos aspectos da saúde da população de mais de 60 anos como seus exames complementares, avaliação de velhice da saúde bucal score de Fleminhgam, entre outros.

Este trabalho serviu para conhecer melhor a equipe e determinar aqueles que estavam dispostos a cooperar para a melhoria da saúde da população.

Esta experiência permitiu que a equipe fosse capacitada melhorando assim os conhecimentos em relação à saúde da pessoa idosa, essas capacitações foram repassadas com base nos protocolos de saúde do idoso do Ministério de saúde. No pessoal serviu para que eu pudesse conhecer melhor as pessoas e saber com quais eu posso contar para trabalhar e da ajuda que posso receber de cada um dos integrantes da equipe. O trabalho foi muito proveitoso para unidade não

atrapalhando em nada nas demais atividades que se realizam na unidade, somente somando benefícios para a população. No decorrer da implantação do projeto a atitude da equipe foi melhorando, eles observaram os resultados positivos da intervenção e isso estimulou a melhoria de seu trabalho, mas como falei anteriormente a resistência foi notória.

Em relação ao serviço eu fiquei sobrecarregada com o projeto de saúde do idoso, pelo fato que continuamos realizando a demanda espontânea acrescentando a isso a realização do projeto do idoso. Alguns dos integrantes da equipe não contribuíram muito, mas conseguimos realizá-lo e este continuará implantado, sendo um dia prioritário para atendimento da saúde do idoso que é na segunda pela tarde, onde continuaremos aplicando a sistematização do projeto saúde do idoso. Eu penso de certa forma e mesmo resistentes todos ajudaram, mas os resultados seriam melhores se houvesse maior colaboração. O enfermeiro delegou a maioria das tarefas para mim e alguns dos agentes comunitários apoiaram a ele e não contribuíram muito no projeto. Mas mesmo com estas dificuldades conseguimos com a intervenção avaliar os idosos que se encontram em situação de fragilidade, obtivemos um levantamento mais exato do número e uma avaliação mais detalhada dos idosos acamados.

A comunidade se mostra agradecida com a intervenção e principalmente as pessoas da população alvo, e também aqueles que não fazem parte do público alvo a equipe explicou porque da prioridade destes pacientes.

Em relação ao que faria de diferente se iniciasse o projeto de novo, seria o de capacitar melhor a equipe para poder receber mais a colaboração deles, me organizaria melhor para conseguir fazer ser mais efetiva e proveitosa a consulta.

A intervenção foi incorporada como rotina da unidade e da equipe, e os agentes ficaram responsáveis pelo agendamento dos idosos que será realizado todas as segundas-feiras pela tarde, sempre se agendará durante a semana prévia, só trocamos o dia, pois continuaremos aplicando todo o protocolo de avaliação do idoso. Procuraremos ser mais atenciosos na hora de colocarmos os dados nas planilhas para que não ocorra a diminuição dos indicadores. ((Para serem mais específicas as metas que foram adstritas durante a intervenção estão no objetivo dois à meta cinco referentes ao cadastramento dos idosos acamados e com problemas de locomoção no programa estão na meta sete do mesmo objetivo referente ao rastreamento dos idosos com hipertensão arterial.

Objetivos e metas não atingidos.

Durante a intervenção muitas metas não foram completadas como desejado abaixo irei mencioná-las:

O objetivo um tinha uma única meta que é referente ao cadastramento de 60 % dos idosos da área adstrita, desta meta conseguimos alcançar um percentual de 15 %, pois o tempo disponível não foi suficiente e também a meta colocada era muito pretensiosa.

O objetivo dois contém dez metas onde a maioria delas não foi possível atingir. Realizando um detalhamento a meta um do objetivo dois referente à avaliação multidisciplinar rápida, a principal dificuldade que tive em relação a esta meta está relacionada com a pouca ou nenhuma ajuda da equipe, pois só eu que realizava esta avaliação. A meta dois do mesmo objetivo referente ao exame clínico apropriado e avaliação diferencial nos idosos diabéticos não foi alcançada pelas mesmas razões que a meta anterior.

A meta três do objetivo dois também não foi alcançada esta meta é referente à solicitação de exames complementares nos idosos hipertensos e diabéticos, a dificuldade neste caso foi à demora no retorno dos exames. A meta quatro referente a priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular não obtivemos um bom resultado devido à resistência dos pacientes em trocar de medicação, pelo longo tempo que eles tomam e conseguem controlar as doenças e porque estas medicações foram indicadas pelo médico particular que eles têm confiança. A meta seis referente aos idosos com visita domiciliar foi quase atingida o que dificultou foi que neste período tivemos a campanha de vacinação da gripe que não permitiu que as agentes e o médico realizassem as visitas. A meta oito referente à pesquisa para diabetes e hipertensão em idosos com PAS > 135 de sistólica e 80 de diastólica não foi atingida, o que dificultou foi à falta de fitas reativas de HGT.

Meta nove e dez do objetivo dois em relação avaliação odontológica a primeira consulta programática não foi alcançada, apesar de a cirurgiã dentista ter me acompanhado em um grande número de visitas, mas nossa área tem um número elevado de idosos acamados.

Meta um do objetivo três referente aos pacientes faltosos, meta atingida em um 80 % correspondente a quatro idosos, eles foram cadastrados e depois não quiseram continuar com o resto das avaliações, a equipe os convidou e os procurou em várias oportunidades.

A meta um do objetivo quatro relacionado à busca ativa dos idosos as consultas programáticas não conseguimos atingir a meta apesar de terem sido procurados. A meta dois do mesmo objetivo não foi atingida, referente aos idosos com caderneta do idoso, para aqueles idosos que foram cadastrados e não retornaram sem ainda ter sido preenchida sua caderneta com todos os dados necessários.

A meta um do objetivo cinco referente ao rastreamento dos idosos com risco de morbimortalidade, não conseguimos completar pela demora no retorno dos exames complementares já que eles são necessários para completar esta avaliação. A meta dois do mesmo objetivo referente à avaliação de idosos frágeis não se conseguiu atingir, apesar de ter ficado perto da meta proposta, chegando a uma porcentagem de 96.9%. A meta três do objetivo cinco referente à avaliação da rede social dos idosos, meta não foi alcançada.

O objetivo seis tem com as metas referentes a orientações sobre os cuidados da saúde, hábitos alimentares saudável, prática regular de exercício físico e cuidados da saúde bucal, a equipe considerou colocar como realizada a meta quando o idoso assistia a reunião de grupo mensal, pelo menos uma vez. (Esta meta não foi atingida.))

#### **4.3. Relatório da intervenção para gestores**

Por intermédio desta carta quero agradecer o apoio recebido por parte das autoridades da Secretaria de saúde e do Município de Rosário que permitiram e deram subsídios para que o projeto tivesse seu início e sua continuidade.

A intervenção fez parte do Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde da Família ofertada pela Rede UNASUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. Após realizar uma análise situacional da atenção prestada aos usuários optou-se por trabalhar junto aos idosos.

Aplicou-se a intervenção na Estratégia de Saúde da Família do Progresso que tem uma população total de 2848 pessoas na qual a população alvo foi às pessoas idosas com 60 anos ou mais. Temos cadastrados na Unidade

aproximadamente 600 pessoas nesta faixa etária, e nos três meses que este projeto foi aplicado conseguimos avaliar 15% da população alvo correspondente a 88 pessoas.

Os objetivos da intervenção foram ampliar a cobertura para 60% da população alvo sendo que durante o primeiro mês se conseguiu uma cobertura de 5,8%, no segundo 11,1 e no terceiro a 15%. O segundo objetivo foi melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde e isso foi realizado mediante a aplicação de avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares periódicos em todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos, além de realizar o cadastro de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção e realização de visita domiciliar a todos os idosos com problemas de locomoção os acamados. Também realizamos o rastreamento de todos os idosos para hipertensão arterial sistêmica, rastreamos a todos os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM), realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todos os idosos e realizamos a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

O terceiro objetivo foi melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso o que foi feito mediante busca ativa dos pacientes faltosos as consultas programáticas, referente a esta meta conseguimos ao fim da intervenção fazer a busca ativa de 80% dos idosos faltantes.

O quarto objetivo colocado foi melhorar o registro das informações, o que foi realizado mediante a busca dos pacientes faltosos as consultas programáticas, o preenchimento e a distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a todos os idosos cadastrados. O resultado final foi de 94,1% correspondente a 32 pessoas no primeiro mês, no segundo de 96,9% correspondente a 63 pessoas e no terceiro de 97,7% dos idosos com os registros em dia perfazendo um total de 86 pessoas.

O quinto objetivo foi referente ao mapeamento dos idosos de risco da área de abrangência realizado por meio da avaliação de risco de morbimortalidade e pela investigação de indicadores de fragilização na velhice e ainda a avaliação da rede social, ao final da intervenção 96,6% dos idosos tiveram o mapeamento de risco realizado.

O sexto objetivo foi referente à promoção em saúde onde foi ofertadas orientações por parte de toda a equipe em relação à realização de exercício físico regular, alimentação saudável e cuidados com a saúde bucal. Ao fim 97.7% dos idosos receberam estas orientações.

Na realização deste trabalho vivenciei muitos sabores, alguns amargos, outros doces e também alguns ácidos, mas com todos esses obstáculos com tudo isso estase conseguindo concluir um processo de crescimento e melhoria da saúde da população com a qual se trabalha.

A comunidade ficou muito agradecida pelo trabalho desenvolvido pela equipe e referiram que as reuniões de grupo foram muito proveitosas. Mencionaram que conseguiram obter orientações interessantes para melhorar aspectos sua saúde e a colocação de um dia de atendimento prioritário para os pacientes idosos com prévio agendamento foi muito boa para que estas pessoas, pois não precisam ficar esperando na fila. O projeto vai continuar seu andamento para melhorar a saúde da população.

Muito obrigada

Dra. Ana Laura Silva

#### **4.4. Relatório da Intervenção para a comunidade**

Mediante esta carta quero agradecer a participação da comunidade no projeto de saúde do idoso desenvolvido na unidade de Progresso na cidade de Rosário Sul, RS. Foram 12 semanas que segundo meu ponto de vista contribuíram significativamente na qualidade de vida dos idosos que participaram. Eu acredito que as orientações e os atendimentos mais cuidadoso no que se refere à saúde da pessoa idosa que foi ofertado vai fazer a diferença nos senhores. Além de motivar para um envelhecimento saudável, também foi o de auxiliar seus familiares e cuidadores a prevenir os problemas de saúde e doenças que podem ocorrer nessa fase da vida.

A intervenção fez parte do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família ofertada pela Rede UNASUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

Agradeço a participação no projeto dos idosos da comunidade do Bairro Progresso e quero passar alguns detalhes do atendimento realizado nestes três meses.

Na Unidade atendemos uma população de 2848 pessoas sendo que a população alvo do projeto contou com 600 idosos cadastrados, onde o objetivo principal foi ampliar a cobertura e a qualidade de atenção para 60%. Assim depois de elaborado e colocado em prática o projeto de intervenção dos idosos foi possível através dele identificar o melhoramento do acolhimento aos idosos na Unidade e nos encontros mensais, e ainda, foi possível conhecer especificidades desse público e promover ações que atendessem às necessidades em saúde desses usuários.

Após ter finalizado o projeto a porcentagem de cobertura atingida foi de 15%, mas cabe mencionar que não só as porcentagens de atendimento aumentaram, mas toda a forma de atendimento da pessoa idosa melhorou muito em todos os pontos de vista. Com esta intervenção os idosos foram avaliados e tiveram vários aspectos da sua saúde e vida analisados e classificados, de modo que atualmente sabemos quem são os idosos em maior fragilidade e que, portanto, precisam de um cuidado mais próximo.

O projeto permitiu que os que participarem do projeto tivessem uma avaliação de maneira integral.

Eu penso que essas ações são as que fazem a diferença nas comunidades e que estes tipos de trabalhos melhoram a curto, e principalmente em longo prazo, a saúde de uma população.

Mediante a aplicação do projeto eu consegui aprender muito e ficar mais perto dos idosos, foi uma troca de informações um compartilhamento de saberes e experiências. A realização das visitas domiciliares foi bastante enriquecedora para mim e também para meus queridos usuários, pois consegui criar um vínculo tanto com os idosos que tem limitações para se locomover e se deslocarem até a UBS, tanto com os familiares que também ficaram agradecidos com esse atendimento diferenciado e de qualidade. Finalmente quero dizer só muito obrigada a todas as pessoas da comunidade, pois, permitiram-me a realização desta intervenção.

Dra Laura Silva



## **5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Eu sou Médica Uruguaia, vim trabalhar no Brasil através do Programa Mais Médico. Atualmente estou locada na Unidade Básica de Saúde do Bairro Progresso na cidade de Rosário do Sul, RS. Quando inicie este trabalho as expectativas foram muitas e eu pensei que seria mais fácil atingir os objetivos colocados, mas com o desenvolvimento das atividades foram muitas as dificuldades que se encontraram no caminho, no qual se precisou ir resolvendo.

Esse curso de Especialização foi de inteira importância porque acrescentou aos conhecimentos que eu já tinha, novos conhecimentos, ligando aqueles já existentes. Durante este trajeto tive a possibilidade de adquirir uma estrutura de trabalho mais clara, estável e organizada de forma adequada. Foi possível entender melhor como funciona e é tratada a Saúde no Brasil. Como o SUS funciona e a sua importância na vida da população que na sua maioria faz uso dele. Aprendi muito sobre a medicina familiar, aspectos que eu desconhecia e que são fundamentais no que se refere a tratar o usuário de uma maneira integral, valorizando sua história de vida, aspectos econômicos e o meio onde ele está inserido. Durante o curso fui motivada várias vezes a querer aprender mais e fazer mais, foi um processo de crescimento individual, onde muitas vezes busquei forças e me esforcei visando os resultados esperados que fossem o de melhor atender as necessidades da minha comunidade. Fazendo um trabalho sério, de respeito, com responsabilidade e com qualidade, buscando cada dia me aperfeiçoar para melhor atender e responder as perspectivas dos usuários e com a realização de casos clínicos que é um exercício muito bom para lembrar e ficar atualizada no que se refere ao tratamento das doenças.

Procurei sempre ser dinâmica nas minhas atividades e este processo provocou uma transformação qualitativa a qual pude desenvolver meu trabalho sendo mais humana, mais ouvinte, consegui me adaptar ao meio que me rodeia e fazer parte da melhora de saúde dos nossos usuários. O que foi possível perceber também que se existir trabalho de forma cooperativa com a equipe, determinados tipos de problemas seriam resolvidos de uma forma mais eficaz e elaborada e isso são aprendizagens que levarei para futuras ações em saúde.

E para finalizar, foi muito gratificante, foi um presente, onde busquei me superei,

aprendi novos recursos, foi um estímulo para que eu melhore cada vez mais meu trabalho, sinto que foi uma grande conquista.

Obrigada!

Dra. Ana Laura Silva

## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção básica da Saúde da Pessoa Idosa. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. 2006

Consenso Latino americano de hipertensão arterial 2014

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;


Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

[illegible][illegible]

## Anexo C-Ficha espelho

**FICHA ESPELHO**  
**PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO**

Departamento de  
 Medicina Social
 
**UFPEL**

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não Nome do cuidador: \_\_\_\_\_  
 Problemas de locomoção? ( ) Sim ( ) Não É acamado(a)? ( ) Sim ( ) Não HAS? ( ) Sim ( ) Não DM? ( ) Sim ( ) Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? ( ) Sim ( ) Não  
 Estatura: \_\_\_\_\_ cm / Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm Osteoporose? ( ) Sim ( ) Não Depressão? ( ) Sim ( ) Não Demência? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA (NORMAL OU ALTERADO)													
Data	Nutrição	Visão	Audição	Incontinência	Atividade sexual	Humor/depressão	Cognição e memória	MMSS	MMII	Ativ. diárias	Domicílio	Queda	Rede social

CONSULTA CLÍNICA									
						PARA PORTADORES DE HAS E/OU DM			
Data	Idade	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m2)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)
						Framingham	Lesões órgão alvo		
Tem fragilidade?	Orientação nutricional	Orientação sobre atividade física	Orientação para cuidados com saúde bucal	Data da visita domiciliar (se necessária)	Data da busca (se necessária)	Data da próxima consulta			

[illegible]



**Anexo D-Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Ana Laura Silva Perez), (Dra, em Medicina) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante